



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas**

Caroline Schweitzer de Oliveira

**VIOLÊNCIA SEXUAL: MULHERES ATENDIDAS EM UMA
REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM UMA CAPITAL DO SUL
DO BRASIL**

Florianópolis/SC
2015

Caroline Schweitzer de Oliveira

**VIOLÊNCIA SEXUAL: MULHERES ATENDIDAS EM UMA
REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM UMA CAPITAL DO SUL
DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina, para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Coletiva.

Área de Concentração: Ciências
Humanas e Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis/SC
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Caroline Schweitzer de.

O48v Violência sexual: mulheres atendidas em uma Rede de Atenção Integral em uma capital do Sul do Brasil / , Caroline Schweitzer de Oliveira; Orientadora, Elza Berger Salema Coelho. - Florianópolis, SC, 2015. 104p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Violência sexual. 2. Violência Contra a Mulher. 3. Serviços de saúde. 4. Saúde da mulher. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

"Violência sexual: mulheres atendidas em uma rede de atenção integral em uma capital do sul do Brasil"

CAROLINE SCHWEITZER DE OLIVEIRA

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

PROF. DR. RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora

Prof.ª. Dra. Elza Berger Salema Coelho (Presidente)

Prof.ª. Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro Externo)

Prof.ª. Dra. Marta Inês Machado Verdi (Membro)

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires (Membro)

*A minha mãe (In memoriam), guerreira, sensível,
amorosa.... Exemplo de mulher!!! Exemplo de
mãe!!! Exemplo de amiga!!! Exemplo de amor e
luta!!! Sem a senhora não teria chegado ate aqui!!!
Obrigada por ter feito e por fazer parte da minha
vida. Hoje e sempre! Te Amo.*

AGRADECIMENTOS

Aproveito esta oportunidade para agradecer as pessoas que junto comigo percorreram o caminho desta pesquisa, me acompanhando direta ou indiretamente, não necessariamente por ordem de importância.

A minha mãe, Solange (in memorian), pela alegria, pelo exemplo, pelo amor incondicional, por acreditar em mim e por estar sempre ao meu lado, me incentivando a ir em frente, por me ensinar que a vontade genuína de viver é capaz de superar até mesmo as barreiras que à primeira vista parecem intransponíveis. Amor e Saudade eterna!

A Cris, minha companheira! Essencial nesse processo e na minha vida. Te amo!

Ao Lumy e Nina pela alegria de todos os dias.

A minha avó, Hildegard, minha mestra, guia, luz que ilumina meu caminho e minha

Vida.

Ao meu pai, por ter me dado a Vida, apoio e acesso ao estudo e educação.

Ao meu irmão, Cristian, pelo exemplo, pelo incentivo e apoio incondicional, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por tudo!

A minha irmã, Catiúsca, que mesmo longe sempre esteve presente na minha vida e por ser constante apoiadora das minhas conquistas.

Aos meus meninos, Vitor e Alexandre, meus sobrinhos, por trazerem amor, alegria e leveza à minha existência.

A minha Tia querida, Zaira, pelo acolhimento e apoio antes, durante e depois da Universidade, pelo carinho, por estar sempre pronta a acolher minhas angústias, medos e incertezas, por ter estado comigo no momento da perda de meu Pilar, minha mãe.

Ao Tio Custódio, pelo apoio, carinho e amizade que sempre dedicou a mim.

À amiga Janize, por ter me impulsionado ao mestrado, pela amizade amorosa, pelos momentos compartilhados, pelas alegrias, pela ajuda e incentivo.

À amiga Mag, pela constante disponibilidade, pelos momentos de

convívio, pelo apoio e amizade sincera.

À amiga Carmem, por ter me impulsionado ao mestrado, pela paciente condução, pela disponibilidade em acolher minhas dúvidas em todas as etapas desta caminhada, pelo apoio no processo de construção da dissertação. Obrigada por me ajudar a não desistir!

Às amigas Carmem e Rô, pelo carinho, atenção, amizade e por me escutarem e orientarem nos vários momentos que precisei.

A amiga Cláudia, pela amizade, pelo carinho, pela confiança e pelas alegrias compartilhadas.

Às Parentes, amigas de Brasília, que deram um novo significado à Brasília e a amizade. Obrigada pelas alegrias divididas, pelas conversas durante os nossos almoços e pelo conhecimento e amor compartilhados.

À minha orientadora, Professora Elza Berger Salema Coelho, pela paciência e compreensão em muitos momentos desta caminhada, em que não pude estar tão presente. Obrigada pela orientação, incentivo e pelas contribuições no mestrado e na pesquisa.

À Sheila Lindner, pelas horas e conhecimentos dedicados à leitura da pesquisa. Obrigada pelas contribuições fundamentais e pelo apoio!

À minha coordenadora, Esther Vilela, pela liberação do trabalho, pelo apoio e pela leveza com que nos conduz no Ministério.

A todas e todos da minha família que sempre me lembram da importância dos laços familiares e da delícia da convivência.

Às colegas de turma do mestrado, desde as mais próximas até as mais distantes, por compartilharem a saúde além das fronteiras impostas pelas profissões que nela atuam, e por todos os momentos que passamos.

A Universidade Federal de Santa Catarina e ao Departamento de Saúde Pública.

A todas e todos que não foram aqui citados mas que de algum modo ou em algum momento estiveram comigo nesta caminhada e colaboraram para a concretização deste sonho.

OLIVEIRA, Caroline Schweitzer de. **Violência sexual**: mulheres atendidas em uma Rede de Atenção Integral em uma capital do Sul do Brasil. 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Elza Berger Salema Coelho

RESUMO

A violência sexual contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos, além de um grave problema de Saúde Pública e Segurança Pública, cuja prevenção, detecção precoce, intervenção e tratamento dos agravos resultantes devem ser encarados como responsabilidade do Estado e da sociedade. Este trabalho tem por objetivo identificar o perfil das mulheres que sofreram violência sexual atendidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual e descrever as circunstâncias da agressão. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários coletados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em uma região do Sul do Brasil, entre os anos de 2000 a 2012. Foram excluídas as notificações de violência sexual contra mulheres com idade inferior a 12 anos, homens, casos suspeitos e não confirmados de violência sexual. Os dados foram processados por meio do software estatístico IBM SPSS v. 20.0. Para análise estatística foi aplicado o Teste exato de Fisher (x²), com dados dispostos em tabelas de contingência, considerando o valor de significância fixando-se em $p < 0,05$. O perfil caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens; 83,5% tinham entre 12 a 29 anos, sendo 48,7% entre 12 a 17 anos. No que diz respeito à raça/cor, observou-se que as mulheres brancas corresponderam a 74,0%; quanto à escolaridade é possível observar que 40,5% das vítimas tinham o Ensino Fundamental incompleto. Em relação ao vínculo com o agressor observou-se que os conhecidos foram aqueles que mais estupraram (50,3%), sendo que quanto mais nova a vítima, mais estreito era o vínculo. Quanto ao local da abordagem, em 45,8% dos casos ela ocorreu na residência da vítima ou do agressor, em todos os horários, sendo que 49,1% das vítimas sofreram penetração vaginal, associada com alguma forma de agressão verbal ou física. A maioria das mulheres chegou ao atendimento em tempo hábil para que medidas profiláticas fossem realizadas, 85,2% chegaram para o atendimento no serviço de saúde nas primeiras 72 horas da ocorrência. A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Esse tipo de violência não conhece fronteiras e afeta

mulheres de todas as idades, esferas econômicas, raças, crenças e culturas. Trata-se de uma violência que, na grande maioria de casos, não é denunciada nem reconhecida, e as vítimas ficam marcadas e invisíveis, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e machista. Neste contexto, esperamos que os dados expostos cooperem para o aumento de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e ajudem na otimização do cuidado e na minimização do sofrimento acarretado por esse evento.

Palavras-chave: Violência Sexual. Violência Contra a Mulher. Serviços de Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Sexual violence against women is a human rights violation, a serious Public Health and Public Security problem, in which the prevention, premature detection, intervention e treatment must been considered Government's and society's responsibility. The aim of this study is to identify the profile of female victims of sexual violence assisted by the Sexual Violence Victims' Integral Attention Network and describe the circumstances of these assaults. It is a retrospect and descriptive study, based on secondary data from the Information System for Notifiable Diseases, in Brazil's South region, from the year 2000 to 2012. It was excluded from this study notifications of sexual violence against women under 12, men, suspected and not confirmed sexual violence cases. The data was processed in the statistical software IBM SPSS v. 20.0. For statistical analysis it was applied the Fisher exact, and the level for rejection of null hypothesis was set at $p < 0.05$. The profile was characterized by Young women: 83,5% were between the age of 12 and 29, and 48,7% were between 12 and 17. Regarding race, white women were 74% of victims; 40,5% of victims had incomplete primary education. In 50,3% of cases the perpetrator was someone the victim knew, and the younger the victim, the closer was her relationship with the aggressor. Regarding the location of the assault, 45,8% of cases happened at the victim's or the aggressor's residency, at all times of the day. 49,1% of victims suffered vaginal penetration, associated with some sort of physical or verbal aggression. The majority of women got to the health service in time for prophylactic measures to be taken, and 85,2% got there in the first 72 hours after the assault. Sexual violence is one of the most cruel and persistent gender related violence. This type of violence affects women of all ages, social classes, races, beliefs and cultures. It is a type of violence that, in most cases, is neither denounced nor acknowledged, causing trauma and invisibility of victims, and the perpetuation of a violent and sexist culture. In this context, we hope that the results of this study can cooperate to increase policies regarding the assistance to victims of sexual violence, care optimization and minimization of suffering caused by this event.

Key Word: Sexual Violence. Violence Against Women. Health Services. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Tipologia da Violência	31
---	----

Artigo Científico

Gráfico 1: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual, por ano, no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil.....	77
Gráfico 2: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual, por faixa etária, segundo o vínculo com o agressor, Florianópolis-SC, Brasil.	77

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual segundo características sociodemográficas no período de 2000 a 2012, Florianópolis/SC, Brasil..... 78
- Tabela 2:** Associação do vínculo do agressor e faixa etária da vítima de violência sexual no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil..... 79
- Tabela 3:** Distribuição da frequência das mulheres vítimas de violência sexual em relação às características da agressão no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil. 80
- Tabela 4:** Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual em relação ao tempo da ocorrência e à realização das profilaxias, no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil. 81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGENDE	- Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento
Aids	- Síndrome da imunodeficiência adquirida
BOP	- Boletim de ocorrência policial
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CEAV	- Centro de Atendimento à Vítima de Crime
CEDAW	- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CP	- Código Penal
CREAS	- Centro de Referência Especial de Assistência Social
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DEAM	- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DST	- Doença sexualmente transmissível
HIV	- Vírus da imunodeficiência humana
IAF	- Instituto de Análises Forenses
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Instituto de Criminalística
IGP	- Instituto Geral de Perícias
IML	- Instituto Médico Legal
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNPM	- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RAIVVS	- Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual
SC	- Santa Catarina
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	- Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVO GERAL.....	27
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	29
3.2 VIOLÊNCIA SEXUAL COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	35
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	41
3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	46
4 METODOLOGIA.....	51
4.1 CONTEXTO DO ESTUDO.....	51
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	53
4.3 COLETA DE DADOS.....	53
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	55
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Artigo Científico: Mulheres que sofreram violência sexual atendidas em uma rede de atenção integral no Sul do Brasil.....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS	
ANEXO A: Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual.....	100
ANEXO B: Ficha de Notificação/Investigação individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.....	102
ANEXO C: Ficha Complementar de Atendimento à Vítima de Violência Sexual.....	104

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado, com título “Violência Sexual: Mulheres Atendidas em uma Rede de Atenção Integral em uma capital do Sul do Brasil”, insere-se na área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas. Organizada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estrutura-se em introdução, objetivos, revisão de literatura, metodologia e discussão.

Na introdução, descrevemos a importância do estudo sobre a violência contra a mulher em função da relevância desse tema como um problema de saúde pública, sendo a violência sexual a expressão da violência de gênero e uma grave violação dos direitos à liberdade humana. Também contextualizamos a relevância das políticas públicas, a participação do movimento feminista e a formulação de legislações como medidas de combate à violência. Por fim, lançamos a *pergunta de pesquisa* que norteia esta dissertação, acompanhada dos *objetivos*.

A revisão de literatura se subdivide em violência contra a mulher, *violência sexual como expressão da violência de gênero*, políticas públicas no enfrentamento da violência sexual, rede de atenção às mulheres em situação de violência sexual. No item da violência contra a mulher descrevemos a evolução e o reflexo histórico e social desse agravo, suas definições, tipologias e conceitos. Especificamos a violência sexual como expressão da violência de gênero inicialmente conceituando gênero, depois violência de gênero e esta como expressão da violência sexual e como/quando essa forma de violência se torna um direito humano. Abordamos a importância das políticas públicas no enfrentamento da violência sexual, por meio de pactuações internacionais e nacionais, a ratificação de ações e os planos para a construção de políticas públicas, com o intuito de fortalecer a rede de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

A metodologia utilizada foi um estudo descritivo retrospectivo baseado em dados secundários coletados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em uma região do Sul do Brasil, entre os anos de 2000 a 2012. As especificidades metodológicas, como o detalhamento das variáveis, o processamento de

dados e demais informações podem ser observadas na seção que discorre sobre eles.

Os resultados da dissertação são apresentados em forma de um artigo científico com o seguinte título: *“Violência Sexual: Mulheres Atendidas em uma Rede de Atenção Integral em uma capital do Sul do Brasil”*. O artigo será submetido, após avaliação da banca examinadora da dissertação de mestrado, ao periódico da Revista Physis. Ainda em observância ao regimento do programa, as versões dos manuscritos encontra-se em português, e sua formatação segue normas do periódico selecionado.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma forma de discriminação e violação de direitos humanos e uma questão de saúde pública. Apresenta-se de maneira complexa e multifacetada, causa danos à saúde física e mental das pessoas envolvidas, além de comprometer suas famílias e a sociedade (WHO, 2010).

A violência contra a mulher é conceituada como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”, de acordo com a Convenção de Belém do Pará, realizada em 1994.

Pelo menos uma em cada cinco mulheres sofre violência durante a sua vida adulta no mundo. Os crimes de violência contra mulheres representaram 78 a 83% de todos os delitos sucedidos na Argentina, de 1999 a 2003. Na Costa Rica, 58% das mulheres sofreram um incidente de violência física ou sexual depois de completarem 16 anos ou mais. Nos Estados Unidos, cerca de meio milhão de mulheres sofreu violência doméstica e aproximadamente 200 mil violações e agressões sexuais (OEA, 2007).

No Brasil, 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 243 por hora, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos, de acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo e SENAC (2010), intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. Entre os anos de 2006 e 2010, conforme constatado pela OMS, o Brasil ficou classificado na 7ª posição mundial em relação aos homicídios de mulheres, com uma média de 11 casos por dia. As mulheres são as principais vítimas da violência doméstica e sexual, desde a infância até a terceira idade (BRASIL, 2009a).

Entre as diversas formas de violência contra a mulher, encontra-se a violência sexual, que pode ser compreendida como toda ação na qual uma pessoa, numa relação de poder, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga a outra pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

A violência sexual é uma das mais graves violações do direito à liberdade humana e à integridade física e moral das pessoas, e, em especial, das mulheres e meninas (VENTURA, 2009).

Esse tipo de violência representa uma parcela importante dos casos de violência em nossa sociedade, é uma causa frequente de morbidade, atingindo principalmente mulheres jovens em idade reprodutiva e provocando aumento do número de atendimentos nos serviços de saúde. Os estudos mostram que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado e mantendo a impunidade dos agressores (FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA, 2008; BEDONE; FAUNDES, 2007).

No que diz respeito à violência sexual, esta pode ser definida também como uma violência de gênero, que revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos e que se caracteriza como um fenômeno que ocorre em todos os países em nível global e cuja análise exige uma perspectiva interdisciplinar e integrada (LISBOA, 2010).

A violência de gênero constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e sofridas principalmente pelas mulheres (GOMES et al., 2005).

Mundialmente 10 a 35% das mulheres são vítimas de violência sexual alguma vez na sua vida (FAUNDES et al., 2000). Segundo o 7º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, de 2011 para 2012 a taxa de registros de estupro por 100 mil habitantes passou de 22,1 para 26,1, crescendo 18,1%, as ocorrências de estupro superaram o número de homicídios dolosos, neste mesmo período. Dados da saúde através do Sistema de Informação de Agravos e Notificação revelam que 9,4% de notificações de atendimentos de violências contra a mulher no Brasil foram de violência sexual, representando um aumento de 12,2% em 2011 (WAISELFISZ, 2012).

Apesar de alarmantes, os dados ainda podem estar distantes da realidade, já que uma parcela significativa desse crime não chega a ser denunciada ou notificada pelos serviços de saúde. No contexto brasileiro a questão raramente aparece nos diagnósticos e nas condutas realizadas nos serviços de saúde, apesar da magnitude e das importantes repercussões dessa forma de violência nas condições de saúde da população (SCHRAIBER et al., 2002).

A maioria das mulheres vítimas de violência sexual tem contato

com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esse contato é uma oportunidade fundamental para a identificação da violência sexual.

Conhecer a violência sexual contra mulheres é de fundamental importância por ser uma forma de violência que repercute na saúde física e na saúde mental da pessoa, desde o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas o HIV, gravidez indesejada até desenvolvimento de quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (BRASIL, 2012).

Diante dessa problemática, políticas públicas têm sido criadas no Brasil com o objetivo de restabelecer a saúde das vítimas de violência sexual. Essa construção é uma consequência do processo histórico de mobilização social das mulheres.

Desde a década de 1980 o movimento feminista busca efetivar medidas de combate ao problema. Nos anos de 1990 a violência contra mulheres entrou na pauta de propostas do campo da saúde. Em suas políticas governamentais, o Brasil firmou compromissos para que essa violência seja tratada no quadro dos direitos humanos, garantindo-se a cidadania e a promoção da equidade de gênero, conforme as conferências e os tratados internacionais ratificados pelo país – Conferência de Cairo (ONU, 1994) e Beijing (ONU, 1995).

Neste sentido, a promulgação da Lei nº 12.845/2013 (BRASIL, 2013a), que “dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual”, trouxe mais sustentação jurídica a outras referências nesta área, como o Decreto nº 7.958/2013 (BRASIL, 2013b), que “estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde”, assim como a Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006), conhecida como Lei Maria da Penha.

A política na área de violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema, que envolva diversos setores, tais como a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura e a justiça, entre outros para dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e garantir a integralidade do atendimento àquelas que vivenciam tal situação (BRASIL, 2011a).

Sob esse prisma, no ano de 2000 o município local deste estudo, Florianópolis, capital de Santa Catarina, sul do Brasil, mobilizou-se para a implantação de uma rede integrada de atenção às vítimas de violência sexual. Essa rede de âmbito municipal, denominada Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (RAIVVS), reúne profissionais

das áreas governamentais municipal, estadual e federal, e de organizações não governamentais das áreas de saúde, segurança pública, justiça e cidadania, desenvolvimento social e ensino.

Os trabalhos dessa comissão resultaram na criação do Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual e da Comissão Permanente de Avaliação do Protocolo, contemplando vítimas de ambos os sexos e de qualquer idade, em até 72h após a violência.

A RAIVVS tem como objetivos a prevenção da violência de gênero, da revitimização, dos agravos à saúde e do combate à impunidade do agressor.

Para tanto, este projeto tem a pergunta de pesquisa: Qual o perfil das mulheres vítimas de violência sexual notificadas e atendidas pela RAIVVS e as circunstâncias dessas agressões, no período entre 2000 a 2012?

2 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil das mulheres vítimas de violência sexual atendidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual e descrever as circunstâncias dessas agressões, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência é compreendida como um fenômeno pluricausal, eminentemente social e que, pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social. Apesar dessas afirmações, o *locus* de realização da violência é o contexto histórico-social, em que as particularidades biológicas encontram as características peculiares de cada um e as condições socioculturais para a sua manifestação (BRASIL, 2001).

Até o final do século XVIII a cultura ocidental ainda rejeitava a existência do fenômeno da violência. O conceito de violência, como é atualmente adotado, não existia de maneira elaborada naquela época. Sua compreensão foi, deste modo, progressivamente estabelecida abarcando três aspectos básicos: a) o aspecto psicológico – diferenciado pela explosão de força que conta com um elemento insensato e com frequência letal; b) o aspecto moral – qualificado pelo ataque aos bens e à liberdade de outros; c) o aspecto político – caracterizado pelo uso da força para conquistar o poder ou usá-la para fins ilícitos. O terceiro sentido do termo predominou no século XX, e a caracteriza como sendo “o uso de força, aberta ou oculta, a fim de obter de um indivíduo ou grupo algo que não concorda livremente” (DOMENACH, 1981, p. 35).

Por sua vez, nenhuma pessoa que se dedique à reflexão sobre a história e a política consegue se manter ignorante quanto ao alarmante papel que a violência exerceu consecutivamente nas atividades humanas e, em princípio, é de se surpreender com o fato de que a violência tenha sido tão raramente elemento de consideração. “Isso mostra até que ponto tomou-se a violência e a sua arbitrariedade como fatos corriqueiros e foram, portanto, negligenciadas; ninguém questiona ou examina aquilo que é óbvio para todos” (ARENDT, 1969, p.7).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1981), na publicação de um dos seus editoriais, salienta que apreender a multiplicidade de pontos de vistas é condição para a concepção de um problema como a violência em toda sua complexidade.

Por seu turno, a WHO (2002) assevera que, não obstante a violência existir desde os primórdios da humanidade, o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Desde que a violência existe, também há sistemas - religiosos, filosóficos, legais e comuns - que se desenvolveram para enfrentá-la ou contê-la.

Segundo Abramovay et al., (2002, p. 12), os “[...] conceitos de violência têm sido propostos para falar de muitas práticas, hábitos e disciplinas, de tal modo que todo comportamento social poderia ser visto como violento [...]”. Afirmam, além disso, os autores que a idéia de violência é, de antemão, duvidosa. Não há uma singular compreensão do que seja violência. No entanto, há uma heterogeneidade de atos violentos, cujos significados devem ser indagados, tendo por embasamento as normas, as condições e os contextos sociais existentes e que se modifica de um período histórico para outro.

Geralmente o maior entrave para conceituar a violência deriva do fato de ela ser uma ocorrência que é da ordem do vivido, na qual suas manifestações ocasionam ou são ocasionadas por uma significativa carga emocional, tanto por parte daquele que a pratica como daquele que a suporta, bem como daquele que a vê (MINAYO; SOUZA, 1998).

A violência apresenta uma produtividade própria, engendra-se em si mesma, por isso é preciso analisá-la sempre em série, como uma rede (DOMENACH, 1981), pois suas formas, aparentemente mais cruéis e muitas vezes mais desaprováveis, escondem outras situações de violência menos ruidosas por se desdobrarem no tempo e permanecerem protegidas por ideologias e instituições de aparência respeitáveis. Dessa forma, a violência dos indivíduos e dos pequenos grupos deve opor-se à violência cometida pelos Estados, a violência dos conflitos com aquela das ordens estabelecidas.

Existem diversas formas possíveis de conceituar a violência, e a OMS (2002, p.5) acolhe a seguinte definição:

É o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em, ou resultou, ou tem uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

No mesmo relatório mundial a OMS (2002) mostra que as características da violência têm como referencial o sujeito que a comete, e essa é dividida em três classes: a violência autoprovocada; a violência

interpessoal; a violência coletiva. Essas três categorias gerais, por sua vez, subdividem-se da seguinte forma:

- a) violência autoprovocada (contra si mesmo): compreende o comportamento suicida e o auto-abuso;
- b) violência interpessoal: divide-se em violência na família ou por um parceiro íntimo, ainda que nem sempre ocorra dentro de casa, e em violência na comunidade, que é aquela ocorrida entre indivíduos que não são familiares, geralmente em um local externo de casa;
- c) violência coletiva: subdivide-se em violência social, violência política e violência econômica.

Figura 1: Tipologia da Violência



Fonte: Adaptado de WHO, (2002, p.7).

Nos últimos anos, segundo Barros (2008), muito se debateu a respeito das distintas manifestações violentas a que todos os indivíduos estão vulneráveis, pois tanto no interior das universidades como nas ruas a violência, em suas inúmeras expressões, tornou-se tema instigante, presente e atual, sobretudo na sociedade brasileira.

Para a autora, tal constatação está associada aos surpreendentes números e informações, que cotidianamente comprovam seu crescimento, e percepções como as publicadas no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2005), as quais assinalam a violência como um dos mais graves problemas que afligem a humanidade e uma das fundamentais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos.

O conceito de violência contra as mulheres é bastante amplo e compreende diversos tipos: a violência doméstica, a violência sexual, o

abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes e jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional.

A violência contra a mulher, baseada na diferença de gênero, ocorre frequentemente em âmbito privado conjugal, tendo sua magnitude subestimada. Resultante da condição subordinada que a mulher ocupa na sociedade, o processo de depreciação dela é reproduzido por meio de comportamentos legitimados culturalmente (SAFFIOTI, 1987; HEISE; ELLISBERG; GOTTMOELLER, 1999).

Ainda que costumeiramente a violência esteja associada à utilização da força por um lado e à submissão e à própria vitimização por outro, não se deve reduzir a sua análise. Isto, principalmente, por entender a complexidade que o envolve, tendo em vista expressar-se de distintas maneiras e acometer diversos públicos, estando mesmo inscrito, para muitos, nas relações estabelecidas entre os indivíduos.

[...] A violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob essa óptica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamento vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico. (ADORNO, 2000, p.31).

Estudos sobre as especificidades da violência demonstram a importância da compreensão de que seus condicionantes culturais, econômicos, históricos e sociais são provenientes de categorias sociais que histórica e socialmente estiveram em relações desiguais de poder, como a manutenção por vários anos da escravidão, a inferioridade e a submissão histórica das mulheres (FALEIROS, 2000).

Para Chauí (1984), sendo a violência uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais, torna-se necessário considerá-la sob dois ângulos: como a conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, exploração e opressão; como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa.

Para Del Priore (2011), em pleno século XXI, a violência contra a mulher trata-se de uma arraigadíssima tradição patriarcal. Na colônia, no Império e até nos primórdios da República, a função jurídica da mulher

era ser subserviente ao marido. Da mesma forma que este era dono da fazenda e dos escravos, era o dono da mulher. No Brasil colonial, por meio do código legal regido pelas Ordenações Filipinas, assegurava-se ao marido o direito de matar a mulher caso a apanhasse em adultério, ou se suspeitasse. É interessante ressaltar que caso o amante pertencesse a uma classe superior, o assassino, no caso o marido, seria condenado até três anos de prisão.

No Brasil República, a desigualdade dos direitos entre homens e mulheres se reforça com base no Código Civil, 1916, que dava às mulheres casadas o *status* de incapazes. Em 1940, o Código Penal vigente atenuava a pena dos criminosos que agiam “sob o domínio de violenta emoção”. Essademonstração de desigualdade do Código Penal permaneceu até 2009, quando foi sancionada a Lei nº 12.015/2009 (BRASIL, 2009b). Antes dessa data, o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) trazia os seguintes crimes contra a “liberdade sexual”: no artigo 213, estupro; no artigo 214, atentado violento ao pudor. E o estupro era definido da seguinte forma “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: pena – reclusão, de seis a dez anos” (CP, art. 213). Assim, somente a mulher podia ser vítima de estupro, sendo esse crime somente considerado mediante conjunção carnal, ou seja, mediante a penetração do pênis na vagina. Constranger mulher à prática de qualquer outro ato libidinoso, como a penetração anal, não caracterizava o estupro, mas, sim, outro crime, o “atentado violento ao pudor” (CP, art. 214). E se o homem fosse vítima, independentemente da forma de agressão ou penetração, o crime considerado era de atentado violento ao pudor.

Entretanto, a partir da vigência da Lei nº 12.015/2009 (BRASIL, 2009b), o conceito de estupro mudou. Na realidade, os artigos 213 e 214 do Código Penal foram praticamente fundidos. O artigo 214 do Código Penal, que descrevia o “atentado violento ao pudor”, foi revogado, mas o seu texto foi incluído no artigo 213 do Código Penal, que ficou com a seguinte redação “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”.

Assim, atualmente os “crimes contra a liberdade sexual” são os seguintes: estupro (art. 213); violação sexual mediante fraude (art. 215); assédio sexual (art. 216-A). No capítulo “Dos crimes contra vulnerável”, estão previstas as seguintes figuras penais: “estupro de vulnerável” (art. 217-A), que consiste em “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato

libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”; “induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem” (art. 218); “satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente” (art. 218-A); “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável” (art. 218-B).

Finalmente, é importante deixar consignado que o antigo Título VI, que se referia aos “crimes contra os costumes”, agora tem um novo nome, bem mais adequado: “Dos crimes contra a dignidade sexual”. Essa foi mais uma grande conquista dos movimentos feministas, que, com razão, não aceitavam que os crimes anteriormente referidos fossem considerados “crimes contra os costumes”, ou seja, contra a moralidade sexual, determinada por pautas de comportamento ditadas por uma ideologia patriarcal de dominação masculina, que estabelecia um padrão de comportamento sexual de acordo com padrões machistas (BRASIL, 2011b).

O reflexo histórico e social de tantos cerceamentos às mulheres, construído e solidificado ao longo dos séculos, repercute numa sociedade machista, patriarcal, heterossexista e misógina, como é possível constatar no estudo de base populacional de 2007 que mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação, “43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas” (SCHRAIBER et al., 2007b, p.799).

Com o objetivo de suprir a falta de dados populacionais sobre as diversas formas de violência por parceiro íntimo, a pesquisa da WHO, *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* (GARCÍA-MORENO, 2005), foi realizada em dez países (Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Samoa, Namíbia, Etiópia, Sérvia e Tanzânia). Valendo-se todos de mesma metodologia e mesmos instrumentos de coleta de dados, foram analisados a prevalência e os fatores associados às diversas formas de violência contra mulheres de 15 a 49 anos, o impacto na saúde de mulheres e crianças e as formas de enfrentamento adotadas.

As taxas de violência por parceiro íntimo encontradas para o Brasil não estão entre as mais altas quando comparadas com dados

internacionais. Há variação da violência física de 13% no Japão a 61% no Peru, e da violência sexual entre 6% no Japão e Sérvia/Montenegro a 59% na Etiópia. O Brasil encontra-se em posição intermediária ou baixa nesse leque de variação (SCHRAIBER, 2007b).

Assim, expressões da violência aparecem estreitamente vinculadas não apenas a relações econômicas díspares, mas a relações desiguais de poder construídas sócio-historicamente e reproduzidas como algo “natural”. Citem-se aquelas sofridas por mulheres e crianças, condicionadas geralmente por uma cultura machista, sexista e adultocêntrica, a qual converte diferentes em desiguais e a desigualdade em uma relação entre superior e inferior.

3.2 VIOLÊNCIA SEXUAL COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Gênero é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo *status* diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anatomofisiológica das pessoas, ao passo que gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana (KRONBAUER, MENEGHEL, 2005).

O gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Sua reflexão direciona-se no sentido da produção do saber sobre a diferença sexual. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995).

Sendo, então, a violência contra a mulher uma expressão da violência de gênero, pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005).

A violência de gênero, segundo Saffioti (1987, p. 18), é assim definida:

[...] é tudo que tira os direitos humanos numa perspectiva de manutenção das desigualdades hierárquicas existentes para garantir obediência, subalternidade de um sexo a outro. Trata-se de forma de dominação permanente e acontece em todas as classes sociais, raças e etnias.

Portanto, o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais. Os dados epidemiológicos dimensionaram um fenômeno cuja visibilidade e consequente transformação em problema social ocorreu no âmbito das lutas sociais pelos direitos de cidadania (MINAYO, 1994; OLIVEIRA, 2000).

A luta por esses direitos traz à tona a importância da constante formação e atualização de “instrumentos políticos e normativos, com o objetivo de intervir no grave quadro de desigualdades e de iniquidades, de forma a permitir o exercício efetivo e igualitário dos direitos reconhecidos” (VENTURA, 2009, p.35).

Em 1995, foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (ONU, 1995), sendo a violência contra as mulheres assumida também como uma questão de gênero e definida deste modo:

Todo o ato de violência baseado no gênero, do qual resulte, ou possa resultar dano ou sofrimento físico sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos e coação ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. (ONU, 1995).

Posteriormente, em 1999, foi aprovado e assinado o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, em 2000, e a ONU organizou Pequim +5 e a Cúpula do Milênio, sob o título: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

No Brasil, a atuação do movimento feminista e de mulheres foi determinante para que o processo de revisão do texto constitucional incorporasse praticamente todas as suas propostas encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte. Desta forma, a Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 5º, “afirma que todos os homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações” (BRASIL, 1988).

Este foi o “marco no processo de redemocratização do País, instituiu e consolidou importantes avanços na ampliação dos direitos das mulheres e no estabelecimento de relações de gênero mais igualitárias” (BRASIL, 2004, p. 21).

Do ponto de vista das políticas públicas, os dados demográficos oferecem referências básicas para a identificação e projeção de

demandas sociais. Entretanto, é preciso considerar que o enfrentamento dos grandes desafios assumidos pelo poder público, a começar pelo combate a todas as formas de discriminação, exige necessariamente que se compreenda a determinação de gênero, raça e etnia no conjunto dos problemas sociais a serem enfrentados e superados (BRASIL, 2004).

Chauí (1984) afirma que a perspectiva de compreender e lidar com fatos sociais dentro da visão de gênero, embora já tenha acúmulo histórico, não tem simples aceitação, mesmo entre as mulheres.

Schraiber et al., (2005), por sua vez, asseguram que aceitar e trabalhar com a realidade e o sujeito socialmente desiguais não é simples ou apazível. Para as autoras, lidar com a condição subordinada nas sociedades requer uma qualidade crítica que é difícil obter, pois envolve um movimento contra cultural ao questionarmos a escala de valores que está situando a mulher como um sujeito da sociedade de menor valor.

As relações de gênero surgem como um dos principais elementos no desenvolvimento da identidade de homens e mulheres, porque elas direcionam essa formação, seja com base na escolha do nome, seja passando pelos afetos e sentimentos e, até mesmo, abrangendo a sexualidade. Assim, por meio do conceito de gênero é possível compreender que ser mulher ou ser homem é resultado de uma construção social que estabelece o papel que cabe a cada um nas relações sociais (CETOLIN; TRZCINSKI, 2011).

Faleiros (1997, p.41) afirma que “os sistemas culturais, imaginários e simbólicos são processos históricos, produto das relações sociais vigentes num período determinado das relações de classe e interclasses sociais”. Segundo Corral (2000), as dificuldades encaradas pelas mulheres podem ser evidenciadas pela distinção dos salários entre elas e os homens, mesmo quando desempenham trabalhos idênticos, e pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores precisam ser considerados para se identificar as desigualdades existentes no Brasil.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE (2003), demonstra que a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas, 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial se amplia segundo a remuneração. A proporção de homens que recebem mais de cinco salários mínimos é de 15,5%, e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, no ano de 2003 o

número de mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%), e que não recebiam remuneração (10,5%), era bem maior que o de homens (0,8% e 5,9%, respectivamente).

No Brasil, em 2011, o rendimento-hora da população ocupada de 16 anos ou mais de idade do sexo masculino era de R\$ 11,10 e de R\$ 9,20 no caso das mulheres. Para ambos os sexos, à medida que a escolaridade avança, o rendimento médio aumenta. No entanto, em todos os grupos de anos de estudo analisados as mulheres recebem menos que os homens, embora em média elas tenham maior escolaridade (LAVINAS; VEIGA; GUERREIRO, 2011).

Para as mulheres, o impacto adverso do baixo *status* socioeconômico na saúde é agravado pelas iniquidades de gênero. Em muitos países e sociedades as mulheres são tratadas como socialmente inferiores. Normas, códigos de conduta e leis perpetuam a subjugação do sexo feminino, ocultando a violência perpetrada contra as mulheres. Relações de poder desiguais, normas e valores de gênero se traduzem em acesso e controle diferenciado sobre os recursos de saúde, dentro e fora das famílias.

Em alguns lugares, essa iniquidade de gênero está associada a formas particulares de violência contra as mulheres, incluindo a violência por parte de parceiro íntimo, bem como a violência sexual cometida por conhecidos e desconhecidos, a iniciação sexual forçada e a mutilação genital feminina. Esses atos também estão associados a um grande número de problemas de saúde das mulheres, como traumatismos, gestações não desejadas, abortos, depressão, ansiedade e transtornos alimentares, uso de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis e, certamente, óbito prematuro (CAMPBELL, 2002a; PLICHTA; FALIK, 2001).

O conceito de gênero indica que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado, pela dominação masculina e pela ideologia, induzem a relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, senão do processo de socialização das pessoas (LISBOA, 2010, p. 63).

Neste contexto, tem-se a violência sexual e de gênero, que derivam de estruturas culturais que conferem à mulher a condição de inferioridade na família, no trabalho, na comunidade e na sociedade. Holland (2010) afirma que essas violências são democráticas, atravessando todas as classes sociais, idades, etnias, orientações sexuais e identidades de gênero. São, portanto, resultado do processo histórico

de construção da misoginia, o ódio à mulher, que, segundo o autor, pode sintetizar-se em quatro palavras: generalizada, persistente, perniciosa, e mutante. Ele afirma que nenhum outro preconceito resultou ser tão duradouro e tão danoso, e nenhum outro grupo de indivíduos, seja como for que tenha sido caracterizado, tem sido discriminado em escala tão global.

Gomes et al., (2005), afirmam que a violência de gênero apresenta um caráter endêmico, pois pode ocorrer em todo lugar, no espaço público ou no privado, e ser praticada em qualquer etapa da vida das mulheres, perpetrada pelos homens, expressando e reforçando sua natureza machista, culturalmente “naturalizada” na sociedade.

Qualquer que seja o tipo da violência, física, sexual, psicológica ou patrimonial, ela está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, à ideologia dominante que lhe dá sustentação, ou seja, à cultura da violência de gênero (BRASIL, 2004; TAQUETTE et al., 2007).

Acresce-se a este fato, conforme afirma Oliveira (2011, p. 39), que as situações de maior vulnerabilidade para a violência sexual sofrida por mulheres “apresentam-se justamente dentro do círculo supostamente seguro do lar, da família e dos amigos, desmentindo a idéia de que o maior risco se apresentaria ao transitar pela via pública e em locais desertos”.

A perpetuação dessa violência é ainda fruto da “cultura do silêncio para as questões sexuais, relegadas à esfera privada, e a adoção de estigmas em relação a determinados grupos que geram os estereótipos, a partir dos quais as normas são moldadas em relação ao feminino e masculino” (VENTURA, 2009, p. 19).

Strey (2001, p.48), por seu turno, afirma que “a violência tem muitas caras, algumas disfarçadas de tradição, outras de moralidade, outras, sem disfarce algum, mas sempre carregadas de algum tipo ou quantidade de poder que lhes permitam violentar em alguma extensão”.

Não é possível avaliar a prevalência da violência sexual com base nas estatísticas da polícia ou de serviços de saúde que atendem esses casos, porque apenas pequena parte das mulheres agredidas denuncia o fato, ou procura atendimento de saúde, por constrangimento, humilhação ou por medo da reação de conhecidos (as) e autoridades. A mulher teme, principalmente, que não acreditem nela. Conforme afirma Drezett (2000), estima-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades.

Não existe um perfil clássico do homem agressor nem da mulher

agredida. A violência contra a mulher não tem classe social. Ocorre nos bairros nobres e nas favelas. Não tem escolaridade. Humilha tanto as mulheres pós-graduadas quanto as que mal sabem assinar o nome. Não tem raça, cor ou etnias. Indistintamente, fere brancas, negras, orientais e índias. Não tem país. Homens avançam sobre as mulheres das regiões mais miseráveis da África às mais desenvolvidas da Europa (WESTIN; SASSE, 2013).

Embora não seja possível atribuir um perfil com características clássicas aos agressores, é possível dividir as vítimas em duas subpopulações: uma que envolve agressor conhecido, frequentemente intrafamiliar, em que há menor taxa de procura por auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens; outra por mulheres agredidas por estranho, faixa etária mais velha, com idade média de 22 anos, maiores taxas de agressão física, de denúncia de procura por auxílio (FACURI et al., 2013).

Grande parte da violência contra as mulheres é perpetrada por parceiros íntimos masculinos. Um estudo da WHO (2002) em 11 países evidenciou que entre 15% e 71% de mulheres, dependendo do país, sofreram violência física ou sexual por parte do marido ou parceiro, e que entre 4% e 54% a vivenciaram no último ano.

A violência sexual pelos parceiros, conhecidos ou estranhos, afeta principalmente mulheres e meninas. Em situações de conflito ou pós-conflitos, a violência sexual é cada vez mais utilizada como tática de guerra. Outras formas de violência contra as mulheres incluem assédio sexual e abuso por figuras de autoridade, como patrões, professores e policiais, dentre outros. O tráfico para trabalho ou sexo forçado, além de práticas tradicionais, como casamentos forçados, são outros exemplos. A violência contra as mulheres é, com frequência, relacionada ao gênero e, na sua forma mais extrema, pode levar à morte. Apesar da amplitude do problema, muitas mulheres não relatam suas experiências e não buscam ajuda e, em consequência, a violência contra as mulheres se mantém como um problema oculto com custos humanos e de atenção em saúde elevados (GARCIA-MORENO, 2006).

Sabe-se já que mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e doenças, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem essa experiência. As mulheres podem apresentar-se a serviços de urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos

à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nesses casos (D'OLIVEIRA et al., 2009).

As consequências da violência sexual podem ser imediatas e de longo prazo, e podem ser físicas e psicológicas. As consequências psicológicas são muito variáveis, já que cada mulher responde de modo diferente à violência sexual. Diversos transtornos psicológicos são descritos, incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e a chamada síndrome de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro.

Estima-se que o risco de adquirir uma doença sexualmente transmissível (DST) seja de 4 a 30%, tanto em países desenvolvidos como nos menos desenvolvidos. A frequência de gravidez não desejada após estupro é imprecisa, mas se estima em torno de 10 a 30% (FAÚNDES et al., 2006).

O enfrentamento desse importante problema de saúde pública implica grandes desafios a serem assumidos pelo poder público, começando pelo combate a todas as formas de discriminação, demandando necessariamente que se compreenda a determinação de gênero, etnia e classe no conjunto dos problemas sociais a serem enfrentados e superados (BRASIL, 2004).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com Ventura (2009), todo tipo de violência é uma violação dos direitos humanos e constitui um importante determinante social da morbimortalidade feminina em todo o mundo, pelo fato de o enfrentamento da violência sexual contra a mulher mostrar-se particularmente mais difícil do que o enfrentamento de outras formas de violência, em razão da cultura histórica e socialmente machista.

A identificação prévia de quem pode ser vítima de violência por uma vulnerabilidade suposta corresponde à “própria entrada da temática da violência na área da saúde, a partir dos movimentos sociais que trouxeram visibilidade à questão de violência nesse campo, contribuindo decisivamente para criação de políticas públicas voltadas para mulheres” (SARTI; BARBOSA, 2006, p.174,).

Mas a construção prática dessas noções, direitos e diretrizes políticas é fruto principalmente do movimento de mulheres, que incorporou progressivamente em sua agenda um rol de direitos

compreendidos como fundamentais, em face das necessidades que emergiam dos novos contextos sociais e culturais, ao longo dos séculos XX e XXI (VENTURA, 2009).

Como consequência desse processo histórico de mobilização social das mulheres, os tratados internacionais de direitos humanos atualmente:

Garantem direitos específicos aos indivíduos, estabelecem obrigações e responsabilidades aos Estados signatários, criam mecanismos para monitorar a obediência dos Estados com relação às suas obrigações e permitem que os indivíduos busquem compensações por violações desses direitos. Assim, ao assinar um tratado internacional, o Estado fica obrigado a cumpri-lo e submete-se ao monitoramento para verificação de seu cumprimento e à jurisdição internacional. (CAMPOS, 2004, p. 68).

Entre os inúmeros compromissos e instrumentos internacionais ratificados pelo Estado brasileiro, a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* (CEDAW, 1979), organizada pela ONU e aprovada em sua Assembléia Geral, com base na qual a violência contra as mulheres passou a ser reconhecida oficialmente como um crime contra a humanidade, é considerada a “carta dos direitos humanos das mulheres” (VICENTE, 2000; LOPES, 2005).

A partir de 1984 entraram em vigor no Brasil os princípios estabelecidos nessa Convenção, que “reafirmam terem as mulheres independentemente de seu estado civil os mesmos direitos dos homens de fazer coisas ou receber benefícios, em todos os tipos de serviços ou atividades” (AGENDE, 2003, p. 23).

Até o ano de 1995 a ONU realizou mais três conferências mundiais especificamente sobre mulheres: em 1980, em Copenhague, em 1985, em Nairóbi, e em 1995, em Pequim (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008). Entretanto, é a partir da Declaração e Plataforma de Ação da III Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena, em 1993, com a Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, que encontramos pela primeira vez uma clara classificação das diferentes formas de violência (LOPES, 2005; MONTEIRO, 2005).

Um aspecto importante no Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo é a relação estabelecida entre Direitos Reprodutivos e os direitos das mulheres, sob a perspectiva de relações equitativas entre os gêneros e na ótica dos

direitos humanos (VENTURA, 2009).

Assim, o Estado, em suas três esferas, deve elaborar alguns planos, pactos e políticas públicas no intuito de criar e executar instrumentos que possibilitem a concretização desses direitos de fato, no cotidiano dos diversos contextos sociais.

Em ordem cronológica, podemos listar os seguintes documentos criados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM):

- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999);
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001);
- Caderno de Atenção Básica Violência Intrafamiliar (BRASIL, 2002);
- Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2003);
- I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004);
- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005);
- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005);
- Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma Prioridade do Governo (BRASIL, 2005);
- Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2007);
- II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2007);
- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2011);
- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (BRASIL, 2013).

Os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres I, II e o PNPM 2013-2015, elaborados em conjunto pela Secretaria Especial de Políticas

para as Mulheres e pelos movimentos sociais, por meio da I, II e III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2004, 2007 e 2011, respectivamente, buscam expressar as necessidades, as expectativas das mulheres brasileiras e da sociedade no que tange à formulação e à implementação de políticas públicas de promoção da igualdade e de enfrentamentos contra a violência.

O I Plano estrutura-se em quatro áreas estratégicas: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento à violência contra as mulheres.

O II Plano estabeleceu oito princípios, aprovados nas I e II Conferências: igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos; participação e controle social.

O PNPM 2013-2015 contribui para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres, aprovada a partir de 2004 e referendada em 2007 e em 2011 pelas respectivas conferências. Como um plano nacional, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres: com ainda maior inserção das temáticas de gênero em diversas frentes do governo.

Em relação à questão da violência sexual contra as mulheres, tanto o I e II Planos quanto o PNPM 2013-2015 trazem o eixo “Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres”, resultando, na abertura da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 17 de agosto de 2007, no lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, damos um “importante passo na promoção de mudanças para superar as desigualdades entre mulheres e homens na nossa sociedade” (BRASIL, 2007, p. 7).

Esses planos expressam ainda o compromisso do Governo Federal com a “construção da igualdade de gênero e raça em nosso País” (BRASIL, 2004, p. 27).

Assim, é a partir e por meio deles que o Estado assume a responsabilidade de implementar políticas públicas que tenham como foco as mulheres, a consolidação da cidadania e a igualdade de gênero, com vistas a romper com essa lógica injusta, e que busquem estabelecer um arcabouço teórico e jurídico inicial, necessário para a implementação de políticas públicas efetivas.

Os avanços em direitos humanos e legislação contribuem para o

seu enfrentamento, contudo ainda são insuficientes para a solução do problema. Os esforços empreendidos por todos os setores que atuam no atendimento de pessoas em situação de violência sexual culminaram, em 2013, com a edição de leis e decretos com a finalidade de institucionalizar, fortalecer e ampliar as iniciativas em desenvolvimento na área de saúde, segurança, políticas públicas para as mulheres, assistência social, direitos humanos, entre outras.

Um exemplo é o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2013b), que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado a vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, bem como a Lei nº 12.845/2013 (BRASIL, 2013a), resultado da atuação conjunta da sociedade civil e dos poderes Executivo e Legislativo para uniformizar o trabalho desenvolvido na área de saúde pública. O referido diploma legal dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS.

É Importante destacar, também, a Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006), mais conhecida como Lei Maria da Penha, que com as ações e políticas para o enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres ganha novos contornos no Brasil. A partir dessa lei a violência doméstica contra as mulheres foi tipificada e passou ser tratada como crime.

Considerada pela ONU como uma das três legislações internacionais que mais protegem as mulheres, essa lei permitiu no Brasil maior articulação da rede de serviços já existente, ampliação do atendimento especializado e integração dos serviços de assistência psicossocial com o sistema de segurança pública e o sistema de justiça. A lei assegura o atendimento às mulheres em situação de violência e cria mecanismos de proteção às mulheres, bem como o enfrentamento à impunidade desses crimes.

A discussão sobre o reconhecimento de que qualquer corpo humano, independentemente do sexo ou da orientação sexual de seu portador, pode ser objeto de atos violentos, reveste-se de importância especial diante da questão do direito universal à atenção em saúde, base do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteia a política pública de saúde no país (SARTI et al., 2006), bem como a estruturação de políticas públicas específicas para mulheres em situação de violência.

Villela e Lago (2007) afirmam que, em relação à violência sexual, que articula significados culturais, éticos e morais relacionadas

tanto às relações entre homens e mulheres quanto à sexualidade, a ação pública deve incidir sobre três dimensões: no nível das mentalidades, pela afirmação de que a violência sexual é um crime e que a mulher violentada não é culpada ou responsável pela sua ocorrência, a fim de romper com a banalização e a naturalização desse delito; na organização de sistemas formais de vigilância e notificação de crimes sexuais, de modo que acolha e encaminhe as denúncias e dê visibilidade a esse agravo; na estruturação de uma rede de assistência.

Na atenção às pessoas em situação de violência sexual é essencial que o atendimento seja realizado em rede, de maneira articulada e integrada de serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violências, para a garantia da assistência de modo integral.

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. E é dessa maneira que a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual deste estudo atua.

3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O conceito de rede se refere a formas de organização e articulação fundamentadas na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem. É uma articulação política entre pares que, para se constituir, demanda: reconhecer que o outro existe e é importante; conhecer o que o outro faz; colaborar, prestar ajuda quando necessário; cooperar, compartilhar saberes, ações e poderes; associar-se, compartilhar objetivos e projetos (LUIZ, 2007).

Neste contexto, o trabalho em rede se organiza de maneira que valorize a autonomia dos setores envolvidos, o dinamismo no fluxo de trabalho e das informações, a multiliderança e a descentralização (OLIVEIRA, 2001).

As redes, como uma forma de atuação conjunta de um grupo de serviços e (ou) pessoas, estão presentes na sociedade de maneira geral. Particularmente na área da Saúde, a constituição de redes, como arranjos organizacionais em contexto da política de regionalização, ganhou força a partir da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011d). Esse decreto regulamentou a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e definiu rede de atenção como um conjunto de ações e

serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

As redes de atenção à saúde representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de certo território, organizando-os ordenadamente para que os distintos níveis e densidades tecnológicas de atenção permaneçam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA, 2009). Os objetivos de uma rede de atenção consistem, principalmente: na integração sistêmica de ações que propiciem atenção contínua e integral, de qualidade, responsável e humanizada; no incremento do desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e em eficiência econômica.

Neste sentido, segundo Mendes (2010), é essencial que a rede, para ser instrumento de intervenção, seja construída e dimensionada com base na realidade local. Para o autor, o território, definido como espaços de responsabilização sanitária, é elemento fundamental de uma rede de atenção, pois a partir do reconhecimento de território de atuação é essencial que o atendimento da população seja realizado de maneira articulada. Parte-se da pressuposição de que cada instituição solitariamente não é capaz de dar conta da atenção integral em razão da complexidade das demandas apresentadas.

Segundo Santos e Andrade (2011), a rede fortalece os vínculos entre os envolvidos, por se integrarem com o intento de cooperar, e não de impor; de colaborar e partilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para próximo das autoridades centrais a realidade dos territórios.

Nesta direção, as equipes dos serviços e instituições que compõem as redes precisam identificar umas às outras e todos os aparatos sociais que possam contribuir com a atenção e tenham disponibilidade de atuação em sua área de abrangência. Na sequência, é necessário definir fluxos, mecanismos de acesso e manejos dos casos, contemplando todos os pontos da rede. Esses elementos precisam ser debatidos e planejados, periodicamente, a fim de implantar uma cultura de monitoramento e avaliação das ações e articulações desenvolvidas.

A rede de atenção às mulheres em situação de violência configura-se como uma rede temática. Redes temáticas são aquelas que se organizam em torno de um tema, segmento ou área de atuação das organizações e indivíduos participantes. A temática abordada é o alicerce desse tipo de rede, seja ela genérica ou específica. Estruturar uma rede de atenção às mulheres em situação de violência é

um processo contínuo e permanente de articulação e comprometimento entre os setores envolvidos, devendo contar, principalmente, com o envolvimento de gestores (as) e profissionais dessas instituições. Além do reconhecimento do território de atuação, a realização de diagnósticos locais da situação de violência e dos serviços existentes e o conhecimento de como funcionam seus fluxos são passos importantes na definição e construção da rede temática.

Neste sentido, Silva (2009) aponta que é fundamental que a elaboração do diagnóstico situacional seja coletiva, abrangendo os sujeitos mais relevantes envolvidos no propósito de implementação da rede de atenção às mulheres em situação de violência. O autor salienta que isso é importante para que o diagnóstico expresse as diferentes dimensões de interpretação da realidade e para que a qualidade da análise situacional seja mais satisfatória. Cabe destacar que a construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de modo horizontal, considerando princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade (BRASIL, 2010). Desta forma, uma rede deve envolver propósitos comuns com discussões e implementações de processos para o alcance dos resultados. Isto inclui melhorar a qualidade da atenção e os resultados sanitários com eficiência na utilização dos recursos e equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

É importante salientar que, mesmo que a rede não esteja totalmente estruturada, é possível realizar acompanhamento e encaminhamento das pessoas em situação de violência, contanto que os (as) profissionais tenham conhecimento dos serviços existentes. No entanto, o compromisso institucional com a efetivação da rede de atenção é fundamental para o trabalho, é um ponto essencial para respaldar a atuação dos (as) profissionais. Um ponto importante na rede de atenção é o processo de informação e de comunicação que precisa ser estabelecido e facilitado, tanto entre os pontos de atenção quanto com a comunidade. A comunicação é ferramenta essencial no funcionamento de uma rede de atenção. Para tal, o conhecimento dos pontos de atenção e o contato rápido e oportuno, quando necessário, facilitam e qualificam a atuação em rede.

A rede também deve estar voltada à promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas para humanização da assistência e ampliação de atendimento, bem como para a busca de recursos que garantam a supervisão clínica e o apoio às equipes (BRASIL, 2012). No âmbito desta discussão, um ponto importante a ser lembrado é de que a rede, depois de instituída, precisa ser periodicamente monitorada e

avaliada. É necessário que o acompanhamento das ações e sua atuação na condição de rede seja realizado, bem como a correção de possíveis problemas que dificultem a atenção às pessoas em situação de violência.

Neste contexto, Silva (2009) aponta a importância da criação de um sistema de governança adequado, entendido como a articulação e a cooperação entre atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais.

Ressalta-se que o setor saúde é um espaço privilegiado para identificação das mulheres em situação de violência e, por isso, tem papel fundamental na definição e articulação da rede de serviços e instituições que, direta ou indiretamente, atendem essas pessoas.

Ainda no setor saúde, destaca-se a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), que tem como princípio norteador a atuação em rede de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. De acordo com a PNH, entende-se rede como a composição de um conjunto de serviços e equipamentos que se dispõe num determinado território geográfico. Na rede de saúde esse território pode ser um distrito sanitário, um município ou uma região de saúde. Com base nesta concepção, os serviços são como os nós da rede e precisam estar articulados, pois, para a efetivação de uma rede, são precisas ampliação da comunicação entre os serviços; pactuação de responsabilidades sanitárias; contratos de referência e contra referência e fortalecimento dos processos de cogerência entre os distintos atores.

Desta forma, a articulação em rede envolve dois campos de atuação: um próprio de determinada área de atenção, chamado intrassetorial, e outro para além de determinado setor, denominado interssetorial.

A rede intrassetorial de atenção às mulheres em situação de violência no setor saúde é constituída por diversos serviços, entre os quais: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, dentre outros, organizados em hospitais e em outros estabelecimentos de saúde com funcionamento ininterrupto.

A rede interssetorial de atenção às mulheres em situação de violência engloba todos os demais órgãos e instituições envolvidos com a temática: serviços de Assistência Social, Sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos e as

entidades da sociedade civil existentes no território (BRASIL, 2010).

A complexidade do contexto das situações de violência demanda a todo (a) profissional envolvido (a) um entendimento no qual a mulher atendida esteja no centro, evitando a redução do conceito de rede à mera operacionalização de um fluxo rígido de cuidado entre serviços e setores.

Conhecer a atual situação do atendimento, seu perfil e as características das vítimas que precisam de atendimento nos casos de violência sexual certamente é um ponto de partida fundamental para o estabelecimento de políticas públicas nesse setor.

4 METODOLOGIA

4.1 CONTEXTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários coletados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), das notificações de casos confirmados de violência sexual contra mulheres a partir dos 12 anos nos serviços de saúde que integram a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (RAIVVS) em Florianópolis/SC entre os anos de 2000 a 2012.

A RAIVVS foi estabelecida no final do ano 2000, com o propósito de proporcionar atendimento integral, ou seja, um atendimento centrado na pessoa, com todas as suas necessidades, em vez de ser centrado somente no agravo à sua saúde.

A pessoa em situação de violência sexual poderá dar entrada em qualquer instituição pública ou privada das áreas da saúde, segurança, órgãos de proteção à infância ou de cunho social, porém somente algumas instituições compreenderão, por excelência, as Unidades de Referência da Rede de Atendimento.

As Unidades de Referências estão organizadas por área de atuação, saúde, segurança e apoio psicossocial e devem garantir o atendimento integral à vítima, conforme o Termo de Adesão ao Protocolo de Atenção às Vítimas da Violência Sexual no município de Florianópolis.

As unidades de referência na área da saúde são: Maternidade Carmela Dutra; Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Universitário, e são responsáveis pelo atendimento de saúde.

O atendimento nos serviços de saúde representa parte das medidas imediatas aos cuidados de saúde a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência, que inclui a prevenção e profilaxia de DST/Aids, hepatite B, contracepção de emergência, realização de exames sorológicos específicos para sífilis, hepatite e HIV/Aids, além de receber vacinas contra hepatite B e tétano, orientar a mulher quanto aos seus direitos e encaminhá-la para acompanhamento jurídico, psicossocial e seguimento ambulatorial, além

de realizar interrupção legal da gestação, se esta for decorrente da violência sexual.

As unidades de referência na área da segurança pública são responsáveis pelos encaminhamentos legais para criminalização dos agressores, como registro da ocorrência, por meio do Boletim de Ocorrência Policial (BOP) e de inquérito policial, além de exames periciais. São elas: 6.^a Delegacia de Polícia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente; o Instituto Geral de Perícias (IGP), que compreende o Instituto Médico Legal (IML); o Instituto de Análises Forenses (IAF); o Instituto de Criminalística (IC).

As unidades de referência em atendimento psicossocial são responsáveis pelo atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas. São elas: Centro de Atendimento à Vítima de Crime (CEAV), responsável pelo atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas de violência sexual pertencentes a todas as faixas etárias; Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS), por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos (PAEFI); os Conselhos Tutelares, responsáveis por acompanhar crianças e adolescentes no atendimento, nas unidades de referência em saúde, na falta de pai/mãe ou responsável legal. Caso o agressor seja o responsável legal, o Conselho Tutelar deverá comparecer na unidade de referência em saúde para prestar o acompanhamento e as providências legais e sociais cabíveis, além de receber as notificações obrigatórias de violência contra crianças e adolescentes e tomar as providências legais e sociais cabíveis (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Nas unidades de saúde são realizados os registros do atendimento na Ficha de Notificação e Ficha Complementar de Atendimento. A RAIVVS tem padronizado o uso da Ficha de Notificação/Investigação Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Anexo B) implementada por meio da Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados, também como ficha de atendimento (BRASIL, 2003). Os dados utilizados para este estudo são os registrados na ficha de Notificação/Investigação Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

São consideradas todas as notificações realizadas pelos profissionais de saúde nos atendimentos de violência sexual em mulheres com 12 anos e mais de idade incluídas no banco de dados do SINAN pelos estabelecimentos hospitalares que compõem a RAIVVS, nos anos de 2000 a 2012.

Serão excluídas as notificações de violência sexual contra mulheres pré-púberes, com idade inferior a 12 anos e homens. Também os casos suspeitos e não confirmados de violência sexual.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo foi realizada na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse sistema foi desenvolvido no início da década de 1990 com objetivo de coletar dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Iniciou em 1993 com aplicativo DOS com projetos-pilotos em Pernambuco e em Santa Catarina, não havendo publicização de resultados. Somente em 1998 foi publicada portaria ministerial tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados pelos municípios e estados (LAGUARDIA et al., 2004). A ficha utilizada para o registro dos dados até 2006 encontra-se no anexo A.

Já em 2006 o SINAN incorporou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantada inicialmente nos Serviços Sentinelas, por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356, de 23 de junho de 2006. O instrumento de vigilância é a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Anexo B). Essa ficha foi construída em colaboração com gestores e profissionais de saúde do MS e de outras instituições governamentais das três esferas que compõem o SUS, de instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais (BRASIL, 2009a). No presente estudo, além da ficha de notificação é utilizada para o registro dos dados a Ficha Complementar de Atendimento (Anexo C).

Dois componentes de vigilância fazem parte do VIVA, que foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006 com a finalidade de coletar e gerar informações sobre esses agravos. Os dois componentes são: VIVA/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que faz a vigilância contínua da violência doméstica, sexual e (ou)

outras violências; VIVA Inquérito, que atua em alguns municípios selecionados em forma de inquéritos pontuais sobre acidentes e violências em emergências hospitalares (BRASIL, 2013d).

A vigilância por meio de inquéritos é realizada bianualmente com dados coletados nos serviços de urgência e emergência por meio de amostragem.

A vigilância contínua das violências e acidentes é realizada pelos serviços de saúde, sendo que a Portaria GM/MS 104, de 25 de janeiro de 2011, incluiu no rol das doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e (ou) outras violências (BRASIL, 2011c).

Até 2008 a captação de dados para a vigilância contínua ocorreu por meio de um questionário padronizado. A entrada dos dados utilizava o aplicativo Epi Info Windows, adaptado a partir do Epi Info do CDC. Em 2008 foi criado um aplicativo de entrada de dados no SINAN, desenvolvido pelo DATASUS/MS, em parceria com a Gerência Técnica do SINAN e com a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, com o objetivo de coletar, transmitir e consolidar informações sobre as violências e os acidentes, a fim de subsidiar a tomada de decisão e análise do perfil desses agravos nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009a). A partir de 2008 os dados de notificação foram incluídos no SINAN WINDOWS, que passou a ser SINAN NET em 2009, sendo que os dados digitados pelos serviços notificadores e as instâncias estadual e federal recebem de imediato as informações.

A notificação de violências é um dos componentes da assistência a pessoas em situação de violências a ser realizada pelos profissionais de saúde. Notificar possibilita a visibilidade dos casos e da sua assistência. O SINAN tem a responsabilidade de oferecer informações para diagnóstico de situação como subsídio para a ação de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como o desenvolvimento de políticas públicas.

O fluxograma de notificação/investigação das violências no VIVA/SINAN inicia nos serviços de saúde no âmbito municipal que realiza coleta de dados continuamente de acordo com as semanas epidemiológicas com a notificação/investigação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e (ou) outras violências contra homens e mulheres, independentemente de faixa etária.

Este estudo coletará os dados no banco de dados do SINAN Epi Info no período de 2000 a 2007 e nos anos de 2008 a 2012 no banco de

dados do SINAN WINDOWS, que atualmente é operacionalizado pelo SINAN NET. Como as fichas de registro apresentaram alterações no período apresentado, as variáveis escolhidas foram as que permaneceram idênticas, conforme marcação nos anexos a, b e c.

O período selecionado justifica-se pelo fato de que a partir de 2013 a RAIVVS passou por um processo de estruturação o que resultou na descontinuidade dos atendimentos, ocasionando um número de registros aquém da serie histórica.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram analisadas as seguintes variáveis em relação à vítima, a faixa etária (categorizada de 12 a 14, 15 a 17, 18 a 29, 30 a 39 e maiores de 40 anos); raça/cor da pele (branca, preta, parda e ignorado); escolaridade em anos de estudo (0 a 4, 5 a 8, 9 a 11, mais de 12, não se aplica e ignorado).

Em relação às características da agressão, as variáveis foram local da ocorrência (residência, via pública, outro e ignorado); horário da ocorrência (entre 00:00 às 05:59, 06:00 às 11:59, 12:00 às 17:59, 18:00 às 23:59 horas e ignorado); tipo de penetração durante agressão sexual (vaginal, anal, oral, vaginal e anal, vaginal e oral, vaginal, anal e oral e ignorado); forma de intimidação (força corporal; força corporal e ameaça; força corporal, ameaça e arma branca; força corporal, ameaça e arma de fogo; ameaça; envenenamento e ignorado); vínculo do agressor com a vítima (pai/padrasto, namorado/marido, amigo, outros conhecidos e desconhecido).

Por fim, em relação às características do atendimento, as variáveis analisadas foram o tempo entre a ocorrência e o atendimento (24h, 48h, 72h e mais de 72 horas) e as profilaxias realizadas (DST / Antirretrovirais; DST / Antirretrovirais/ Hepatite B; DST/ Antirretrovirais/ anticoncepção de emergência; DST/ Antirretrovirais/ Hepatite B/ anticoncepção de emergência; só anticoncepção de emergência e ignorado).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inseridos no software estatístico IBM SPSS v.20.0 e apresentados em forma de tabelas com distribuição e frequência

absoluta das diversas variáveis do estudo.

Para análise estatística foi aplicado o Teste de Fisher χ^2), com os dados dispostos em tabelas de contingência, considerando o valor de significância fixando em $p < 0,05$ para todas as análises.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, os resultados e a discussão da pesquisa de dissertação de mestrado foram apresentados na forma de artigo científico, sob o título “*Mulheres que sofreram violência sexual atendidas em uma rede de atenção integral no sul do Brasil*”, e será submetido ao periódico Revista Physis, Qualis B1.

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO: MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS EM UMA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL NO SUL DO BRASIL

Mulheres que sofreram violência sexual atendidas em uma rede de atenção integral no Sul do Brasil¹

Título Curto: Mulheres e violência sexual no Sul do Brasil

² Caroline Schweitzer de Oliveira, ³ Elza Berger Salema Coelho,

⁴ Carmem Regina Delziovo, ⁵ Sheila Rubia Lindner

¹ Parte da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço eletrônico: carolschw@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço eletrônico: elzacoelho@gmail.com

⁴ Doutoranda em Saúde Coletiva e Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Endereço eletrônico: carmemdelziovo@hotmail.com

⁵ Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Endereço eletrônico: sheila.lindner@gmail.com

Endereço para Correspondência:

Caroline Schweitzer de Oliveira

Grupo de Pesquisa Violência e Saúde - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Reitor João David Ferreira Lima

Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H.

CEP: 88040-370 – Florianópolis/SC

Resumo: A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Esse tipo de violência não conhece fronteiras e afeta mulheres de todas as idades, esferas econômicas, raças, crenças e culturas. O objetivo do estudo foi identificar o perfil das mulheres que sofreram violência sexual atendidas em uma capital do Sul do Brasil e descrever as circunstâncias dessas agressões. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários dos anos de 2000 a 2012. Para análise estatística foi aplicado o Teste de Fisher considerando o valor de significância fixando em $p < 0,05$. O perfil das mulheres que sofrem violência caracterizou-se por 83,5% na faixa etária entre 12 a 29 anos; em 50,3% dos casos os conhecidos foram os que mais estupraram; 45,8% dos casos ocorreram na residência da vítima ou do agressor; 85,2% das mulheres chegaram ao atendimento nas primeiras 72h. A violência sexual é fruto da perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal. Os resultados do estudo podem contribuir para a implementação de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual, além da otimização do cuidado e minimização do sofrimento acarretado por esse evento.

Palavras-chave: Violência Sexual. Violência contra a mulher. Serviços de saúde. Saúde da mulher.

Introdução

A violência contra as mulheres é um fenômeno multidimensional que afeta todas as classes sociais, independentemente de raça, idade e nível de escolaridade. Constitui-se como uma das principais formas de violação aos direitos humanos, atingindo as mulheres em seu direito à vida, à saúde e à integridade física (BRASIL, 2012). Entre as diversas formas de violência contra a mulher encontra-se a violência sexual, que pode ser compreendida como toda ação na qual uma pessoa, numa relação de poder, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga a outra pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

Uma em cada 14 mulheres no mundo, com 15 anos ou mais, foi pelo menos uma vez na vida vítima de abuso sexual por parte de alguém que não era o seu parceiro (ABRAHAMS et al., 2014). Por outro lado, a violência sexual praticada por parceiro íntimo, vivida nos últimos 12 meses, revela prevalências de 0,2% e 16% no Reino Unido e na Zâmbia,

respectivamente. Estudos sobre episódio de violência sexual na vida encontraram a menor prevalência no Reino Unido (2,8%) e a maior (18,9%) no Zimbábue (OMS, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde a violência sexual atinge, no mundo, 12 milhões de pessoas/ano. Esse número é possivelmente subestimado, pois muitos casos acontecem nos contextos intrafamiliares, como o incesto, o estupro e em especial o sexo forçado por parceiros íntimos (WHO, 2002). Um estudo na América Latina e no Caribe aponta que aproximadamente uma entre cada três mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante sua vida (OPAS, 2007).

No Brasil, uma em cada dez mulheres (11,8%) relata pelo menos uma ocorrência de violência sexual na vida (SCHRAIBER et al., 2007a). Dentre as violências sexuais, o estupro é a mais praticada contra as mulheres, sendo por isso considerado um problema de saúde pública, haja vista sua elevada incidência e suas graves consequências para a saúde da mulher, tais como: os traumas emocionais, os físicos, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada, dentre outros problemas ginecológicos (SCHRAIBER et al., 2007b; FAUNDES et al., 2005).

A violência sexual é relatada em maior proporção por mulheres jovens, conforme estudo de base populacional no Brasil, atingindo um patamar a partir de 25 anos. Esse mesmo estudo encontrou maior frequência de episódios de violência sexual na população negra e de menor escolaridade (SCHRAIBER et al., 2007a).

Grande parte da violência sexual contra as mulheres é perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino, sendo maior o número de atos praticados por conhecidos quando as vítimas são mulheres jovens, e por desconhecidos quando as vítimas são mulheres da faixa etária mais elevada (FACURI et al., 2013).

As mulheres vítimas de violência sexual podem procurar os serviços de urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência sexual ou recorrer aos serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, queixas de doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais, com maior frequência nestes casos (D'OLIVEIRA et al., 2009).

O setor saúde é um espaço privilegiado para a identificação das mulheres em situação de violência e tem papel fundamental na definição e na articulação da rede de serviços e das instituições que, direta ou indiretamente, atendem essas pessoas. Neste âmbito, a notificação de

violências é um dos componentes da assistência. A notificação de violências por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) vem tornando possível a identificação e o acompanhamento, pelos profissionais de saúde, das pessoas nessa situação. Estudos sobre a análise de dados referente às pessoas que sofreram violência sexual podem ser um ponto de partida fundamental para o estabelecimento de políticas públicas sobre as especificidades necessárias na atenção integrada e multiprofissional.

O objetivo do presente estudo é identificar o perfil das mulheres que sofreram violência sexual atendidas em uma capital do Sul do Brasil e descrever as circunstâncias dessas agressões.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, entre os anos de 2000 e 2012, a partir de dados secundários coletados no do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No período de 2000 a 2007 o sistema utilizado foi SINAN Epi Info, e nos anos de 2008 a 2012 foi utilizado o banco de dados do SINAN Windows, que atualmente é operacionalizado pelo SINAN Net.

Foram incluídas no estudo todas as notificações de casos confirmados de violência sexual contra mulheres a partir dos 12 anos, realizadas por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e registrados no SINAN, pelos profissionais de saúde dos estabelecimentos hospitalares, que integram a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (RAIVVS) de Florianópolis/SC. Foram excluídas as notificações de violência sexual contra mulheres de casos suspeitos e não confirmados.

O atendimento nos serviços de saúde representa parte das medidas imediatas, aos cuidados de saúde, que são adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência, e que incluem a prevenção e a profilaxia de DTS/Aids, hepatite B, anticoncepção de emergência, realização de exames sorológicos específicos para sífilis, hepatite e HIV/Aids (BRASIL, 2012).

Nas unidades de saúde são realizados os registros do atendimento na Ficha de Notificação e Ficha Complementar de Atendimento. A RAIVVS tem padronizado o uso da Ficha de Notificação/Investigação Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências

implementadas por meio da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Os dados utilizados no estudo são os registrados nessa ficha, coletados e inseridos no software estatístico IBM SPSS v.20.0 e apresentados em forma de tabelas com distribuição e frequência absoluta das variáveis do estudo. As variáveis selecionadas para o estudo foram classificadas em relação às características sociodemográficas, da agressão e do atendimento à vítima.

Foram analisadas as seguintes variáveis, considerando-se as características sociodemográficas: faixa etária (categorizada de 12 a 14, 15 a 17, 18 a 29, 30 a 39 e maiores de 40 anos¹).

Na categoria Raça/cor da pele abrange (branca, preta, parda e ignorado esta categoria na Ficha de Notificação não é autorreferida); escolaridade (ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto, ensino superior completo e incompleto, analfabeto, ignorado e não se aplica²). Em relação às características da agressão as variáveis foram o local da ocorrência (residência, via pública e locais abertos³, outros locais⁴ e ignorado); horário da ocorrência (entre 00:00 às 05:59, 06:00 às 11:59, 12:00 às 17:59, 18:00 às 23:59 horas e ignorado); tipo de penetração durante agressão sexual (vaginal, anal, oral, vaginal e anal, vaginal e oral, vaginal, anal e oral e ignorado); e forma de intimidação (força corporal; força corporal e ameaça; força corporal, ameaça e arma branca; força corporal, ameaça e arma de fogo; ameaça; envenenamento e ignorado); vínculo do agressor com a vítima (pai/padrasto, namorado/marido/ex⁵, familiar⁶, outros conhecidos⁷ e desconhecido). Por fim, em relação às características do atendimento, as variáveis analisadas foram: tempo entre a ocorrência e o atendimento (até 72h e mais de 72 horas) e profilaxias realizadas (DST/Antirretrovirais; DST/Antirretrovirais/ Hepatite B; DST/Antirretrovirais/ anticoncepção de emergência; DST/Antirretrovirais/ Hepatite B/ anticoncepção de emergência; só anticoncepção de emergência e ignorado).

Para análise estatística foi aplicado o teste de Fisher, com dados dispostos em tabelas de contingência, fixando-se em $p < 0,05$ o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

Resultado e Discussão

Conforme exposto na metodologia, foram abrangidas no estudo todas as notificações de casos confirmados de violência sexual contra mulheres a partir dos 12 anos, no período de 2000 e 2012⁸. Desta forma, foram incluídos no estudo 561 casos de violência sexual contra mulheres e excluídas as notificações de violência sexual contra mulheres de casos suspeitos e não confirmados. O quantitativo de casos por ano encontra-se no Gráfico 1.

As características sociodemográficas das vítimas encontram-se na Tabela 1. A idade das vítimas variou entre 12 e 67 anos, com um caso de 84 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 29 anos (34,8%), seguida da faixa de 12 a 14 anos (25%) e de 15 a 17 anos (23,7%). As vítimas com idades entre 30 a 39 anos correspondem a 10,3% dos casos, ao passo que àquelas com idade superior a 40 anos, 6,2%. Ao serem somadas as faixas etárias de 12 a 14 e de 15 a 17 anos com a faixa etária de 18 a 29 anos, observa-se o percentual de 83,5% das vítimas.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores como o de Oliveira e Carvalho (2006), com o objetivo de caracterizar os casos de violência sexual contra mulheres, no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, do município de Londrina-PR, verificaram que a faixa etária entre 15 e 19 anos concentrou 38,7% do número de casos. Outro estudo, realizado por Oshikata et al., (2011), no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, demonstrou que a faixa etária abaixo dos 19 anos manteve-se em torno de 46%. No estado do Sergipe, estudo realizado por Sousa; Machado e Miranda (2013), que avaliou o perfil das mulheres atendidas em um Serviço de Atendimento Médico às Vítimas de Violência Sexual concluiu que 56% encontravam-se na faixa etária entre 10 a 14 anos.

Diante do exposto, é possível afirmar que as adolescentes/jovens são mais frequentemente vitimadas do que as mulheres mais velhas, pois, ao fato de serem mulheres, soma-se a baixa idade, o que representa um fator de vulnerabilidade às relações sexuais forçadas. Quanto mais jovem a mulher na primeira experiência sexual, maior a probabilidade de que sua iniciação seja forçada. Segundo a OMS (2011), as adolescentes são expostas à gravidez não desejada, às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e sofrem consequências mentais e físicas em longo prazo.

No que diz respeito à raça/cor, observou-se que as mulheres

brancas correspondem a 74,0% das vítimas atendidas pela RAIVVS. Holmes; Resnick e Frampton (1998), verificaram que 55% das mulheres atendidas em um ambulatório de referência eram brancas, com idades entre 15 e 19 anos. No entanto, podem ocorrer amplas variações nos resultados, como o estudo nacional da Fundação de Pesquisa Perseu Abramo e SESC (2010), que identificou sua predominância de vítimas de violência sexual como mulheres negras e pardas em 46% dos casos.

O predomínio de mulheres brancas e jovens não significa, necessariamente, que elas sejam os principais alvos dos agressores, nem mesmo que elas denunciem mais que as mulheres não brancas. Deve-se levar em conta que a população negra na Região Sul não corresponde à mesma proporção apresentada no Brasil como um todo, sendo que no Brasil as mulheres pretas correspondem a 7,7%, as pardas a 44,1% e as brancas correspondem a 47,4% do total de mulheres. Em Santa Catarina as mulheres brancas correspondem a 85,4%, pardas a 11,8% e negras 2,5% e (IBGE, 2013).

Quanto à escolaridade, o estudo atual verificou que 40,5% das vítimas cursaram o ensino fundamental incompleto. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado em Guarapuava, em que 45,9% das vítimas apresentavam esta mesma escolaridade (RAIMONDO, 2010). Na região Nordeste, em estudo desenvolvido na capital de Pernambuco, as vítimas também apresentaram baixa escolaridade, 60,3% tinham entre um e oito anos de estudo (SILVA et al., 2010). Neste sentido, observa-se que os achados do presente estudo corroboram com as pesquisas supramencionadas e, também, com alguns estudos que relacionaram a baixa escolaridade à maior exposição à violência sexual (GARCÍA-MORENO et al., 2005; MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007).

Em relação ao total das vítimas, observa-se que os agressores conhecidos foram aqueles que mais estupraram (50,3%). No que diz respeito ao vínculo observa-se que quanto mais nova a vítima, mais estreito o vínculo. Verificou-se ainda que a quantidade de casos diminuiu de modo inversamente proporcional à idade das mulheres que sofreram a violência sexual, conforme gráfico 2.

Na faixa etária das vítimas entre 12 a 14 anos, os padrastos e pais foram os que mais agrediram (28,6%), sendo que a relação desta faixa etária com esta categoria de agressor apresentou significância estatística com $p < 0,001$. Verificou-se, ainda, significância estatística desta faixa etária com os agressores classificados na categoria Familiar, $p < 0,002$, e os classificados na categoria Desconhecidos, $p < 0,001$.

Nas faixas etárias de 12 a 14 e de 15 a 17 anos notou-se que os agressores classificados na categoria conhecidos (pai/padrasto, namorado/marido/ex, familiar e outros conhecidos) foram os que mais agrediram, 72,9% e 57,1%, respectivamente.

Salienta-se, ainda, que na faixa etária de 15 a 17 anos o teste de Fisher apresentou significância nas categorias "namorado/marido/ex" ($p < 0,007$) e "outros conhecidos" ($p < 0,001$).

Nas demais faixas etárias (18 a 29, 30 a 39 e > 40 anos), os percentuais de agressores desconhecidos foram significativamente maiores (62,6; 65,5 e 68,6), respectivamente, do que os percentuais dos demais agressores. Observa-se que nestas faixas etárias não houve registro de casos cujos agressores tenham sido pai ou padrasto, sendo que o teste de Fisher mostrou significância estatística nesta categoria nas faixas etárias de 18 a 29 ($p < 0,001$) e de 30 a 39 anos ($p < 0,002$).

No que diz respeito ao resultado apresentado pelo teste de Fisher, aponta-se que as faixas de 18 a 29 anos e de 30 a 39 anos apresentaram, também, significância estatística na categoria de agressores "Desconhecidos" ($p < 0,001$ e $p < 0,004$, respectivamente).

Estudos internacionais também corroboram com esses achados. Ackerman et al., (2006), referiram que 67% das vítimas foram agredidas por pessoas conhecidas; 79% desse total eram adolescentes ou mulheres jovens com idade abaixo de 39 anos.

Estima-se ainda que um em cada cinco dias em que as mulheres faltam ao trabalho é motivado pela violência doméstica e que 80% dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes acontecem na casa da própria vítima. Os perpetradores de abuso sexual, tanto para as vítimas do sexo feminino quanto do sexo masculino, são predominantemente homens (VELOSO et al., 2013).

Diante disso, aponta-se que a violência enfrentada por esse grupo populacional de mulheres jovens é de caráter menos letal e permanece na invisibilidade provavelmente porque, frequentemente, é cometida por alguém de seu convívio, como o pai, padrasto, parceiro, parente próximo ou o vizinho, tornando o crime mais difícil de ser denunciado e mantendo a impunidade dos agressores (Tabela 2).

A violência contra as mulheres, embora não seja exclusiva do âmbito doméstico, ocorre com maior frequência nesse espaço e, em geral, pode causar severos danos à saúde física e mental. No estudo em discussão, 45,8% da violência sexual ocorreu na residência da vítima. Bedone e Faúndes (2007), asseguram que a proximidade do agressor é uma ameaça que, na maioria das vezes, garante a impunidade.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados em estudo realizado por Sousa; Machado e Miranda (2013), em que predominou a violência praticada por agressores conhecidos (84,8%). Conforme D'Oliveira et al., (2009), as taxas obtidas em estudos populacionais demonstram que a maioria das violências, mesmo a sexual, contra mulheres adultas, é perpetrada por parceiros, e esses episódios acabam praticamente ausentes dos serviços.

Dados do Ministério da Saúde, com base no SINAN (BRASIL, 2013), mostram que as violências sexuais acontecem predominantemente na residência das vítimas, sendo o agressor preferencial o conhecido das vítimas (28,4%) entre 10 e 19 anos, e 20,9% das vezes a violência é realizada por pais e padrastos. A partir dos 30 anos prevalecem os agressores desconhecidos (51,7%), seguidos de parceiros e ex-parceiros (29,3%).

É possível observar que o espaço familiar, que deveria instituir-se em um abrigo de tranquilidade, harmonia e relacionamento das famílias, acaba por naturalizar-se como um espaço em que a violência doméstica tem o seu ponto mais alto de incidência nas agressões intrafamiliares (MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

No que diz respeito ao horário da ocorrência, juntos, os períodos da manhã e da tarde correspondem a 25,5% do total, observa-se uma distribuição proporcional entre os outros períodos: noite com 28,5% e madrugada com 24, 2% dos casos. Ou seja, a violência ocorreu de maneira universal em todos os horários, em vez de somente à noite ou de madrugada, como se imagina no senso comum (Tabela 3). O estudo de Facuri et al., (2013), apresenta dados semelhantes ao período noturno, com 34,9% das ocorrências ocorrendo nesse período.

Entretanto, Oshikata et al., (2011), asseveram em seu estudo, no que tange à hora da agressão, a tendência de aumento do número de ocorrências no período compreendido entre 6h e 18h, chegando a mais de 40% no ano de 2006.

Em 63,4% as agressões sexuais foram acompanhadas de agressão física como forma de intimidação, destas 43,9% houve força corporal e ameaça, e 19,5% teve arma de fogo ou alguma arma branca presentes no ato (Tabela 3).

Schraiber et al., (2007b), chamam a atenção para o pequeno número de casos em que a violência sexual não é acompanhada da agressão física, como naquele sem que a pessoa se sente coagida “por medo do que ele poderia fazer”. Isto se comprova no estudo de Oshikata et al., (2011), em que se nota uma tendência de aumento do uso da força

física e diminuição do emprego de arma de fogo como forma de intimidação nos últimos anos. Dados do SINAN reforçam que, em 2011, 56% dos casos a força corporal ou o espancamento são os meios mais utilizados pelos agressores nesse quadro de violência contra a mulher (WASELSELFISZ, 2012).

Em relação à agressão sexual, é possível observar que 49,1% das vítimas sofreram penetração vaginal, 2,9% penetração anal, 1,9% oral, 8,0% vaginal e anal, 7,1% vaginal e oral e 5,9% conjuntamente penetração vaginal, anal e oral (Tabela 3).

Corroborando com esse achado estão os estudos realizados por Oliveira e Carvalho (2006), em que o estupro, considerado como coito vaginal isolado, ocorreu em 50,2% dos casos, e o estudo de Oshikata; Bedone e Faúndes (2005), que aponta que praticamente todas as mulheres sofreram esse tipo de violência, acompanhada ou não de relações anais e (ou) orais. Esses resultados foram semelhantes aos observados por Drezett (2000) e McGregor; Du Mont e Myhr (2002). Para eles, chama atenção a elevada porcentagem em que as vítimas sofreram penetração oral e anal, mostrando a severidade da agressão e fazendo com que o risco de transmissão de DST e HIV seja ainda maior.

Demonstrando assim a gravidade das violências e que o agressor utiliza de várias formas de agressão, algo provavelmente associado à cultura machista, heterossexista e patriarcal.

Do universo de 561 mulheres que sofreram violência sexual e que compõem a amostra deste estudo, 478 (85,2%) chegaram para o atendimento no serviço de saúde nas primeiras 72 horas da ocorrência. Isto é positivo, na medida em que possibilita atender às mulheres violentadas o mais precocemente possível, de modo que se encontram possibilidades de maior eficácia do anticoncepcional de emergência e a quimioprofilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a profilaxia antirretroviral que deve ser administrada até 72 horas após a agressão sexual.

Apesar da maior parte das mulheres ter chegado para atendimento nas primeiras 72 horas, não se pode ignorar que 14,8% das mulheres procuraram a atenção no serviço de saúde após as 72 horas da ocorrência da violência sexual, diminuindo a eficácia da assistência.

A análise da distribuição das mulheres vítimas de violência sexual em relação ao tempo da ocorrência e à realização das profilaxias demonstra que 37,2% das vítimas (178 mulheres) realizaram a profilaxia para DST, AIDS e contracepção de emergência em até 72 horas da ocorrência. As profilaxias para DST, AIDS, Hepatite B e contracepção

de emergência foram administradas em 153 mulheres (32,1%), também em até 72 horas. Salienta-se que estes resultados apresentaram significância estatística com $p < 0,001$ (Tabela 4).

Salienta-se que as profilaxias são indicadas pela norma técnica do Ministério da Saúde intitulada Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Estas compreendem a profilaxia para a infecção por HIV, das doenças sexualmente transmissíveis (DST) bacterianas, da hepatite B e da anticoncepção de emergência.

Estima-se que o risco de adquirir uma doença sexualmente transmissível (DST) seja de 4% a 30%, tanto em países desenvolvidos como nos menos desenvolvidos. A frequência de gravidez não desejada após estupro é imprecisa, mas se estima algo em torno de 10 a 30% (FAÚNDES et al., 2006).

Dados da Pesquisa de Demografia e Saúde realizada na América Latina e Caribe indicam que a percentagem de mulheres que relatam uma DST é maior entre as mulheres que sofreram violência sexual do que entre as outras mulheres, como nos seguintes países: 3% das mulheres que relataram experiências de violência sexual versus 1% das mulheres que não sofreram violência sexual na Colômbia; 4% versus 1% na República Dominicana; 18% versus 10% no Haiti; e 5,4% versus 3,7% no Peru (CONTRERAS et al., 2010). Um estudo conduzido no Haiti concluiu que as vítimas de violência sexual têm chances significativamente maiores de apresentar sintomas de DST do que as mulheres que não foram vítimas de violência sexual (GÓMEZ; SPEIZER; BEAUVAIS, 2009).

Estudo realizado por Facuri et al., (2013), aponta que dois terços das mulheres chegaram ao serviço nas primeiras 24 horas após a violência sexual, e o atendimento nas primeiras 72 horas foi realizado em 87,6% dos casos. Jones et al., (2009), relatam que as jovens procuram o serviço médico em média 18 horas após a violência, ao passo que as mais velhas procuram em torno de 12 horas depois; os autores referem ainda que aquelas que não fazem denúncia policial comparecem ao serviço médico após 20 horas; já as que denunciam comparecem em média 11 horas após a violência sexual.

Neste contexto, no que diz respeito ao tempo entre a ocorrência da agressão e a realização das profilaxias, o presente estudo observou que no caso da anticoncepção de emergência, 65,1% das mulheres em situação de violência receberam esse método anticonceptivo. Ainda em relação às profilaxias, apontam-se 72,8% para profilaxia das doenças

sexualmente transmissíveis bacterianas, 70,9% para profilaxias antirretrovirais e 33,9% para profilaxia contra hepatite B. Esses dados refletem que os profissionais fizeram a indicação das medidas profiláticas quase para a totalidade das mulheres que tinham indicação, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde, o que representa uma assistência qualificada. Apesar do número baixo da profilaxia de hepatite B, pode-se justificar que o esquema da hepatite B deve ser completado na infância (Tabela 4).

Dentro deste contexto, Andalaft Neto et al., (2012), apresentam, em seus estudos, que apenas um terço dos serviços afirmou ter realizado o atendimento de emergência às mulheres que sofreram violência sexual utilizando um protocolo. Essa porcentagem sobe a 36% nos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde. O estudo aponta também que, considerando os serviços que devem ser oferecidos a mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o mais frequentemente oferecido foi a administração de antibióticos, o que representou 70% dos casos, sendo pequena a diferença entre hospitais indicados ou não indicados pelo Ministério da Saúde. A anticoncepção de emergência foi oferecida por pouco mais de 50% dos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde e quase 60% dos não indicados. Em torno de 45% dos hospitais, indicados ou não, ofereciam profilaxias contra HIV.

Veloso et al., (2013), salientam que a vigilância epidemiológica de violências aspira, além de obter informações sobre as características desses agravos, dar subsídios a ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida.

Considerações Finais

Embora haja limitações, por se tratar de um estudo com base de dados secundários e na perspectiva de que ainda persiste a subnotificação das violências pelos profissionais de saúde, estudos deste tipo são importantes não só para reconhecer as características das mulheres que sofrem violência sexual, mas também para contribuir com a construção do conhecimento acerca de um tema extremamente complexo, por envolver questões culturais e sociais que se traduzam em implantação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

O perfil das vítimas de violência sexual atendidas pela RAIVVS caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, brancas, com o Ensino Fundamental incompleto. Quanto ao vínculo com o agressor, observa-se que os conhecidos foram aqueles que mais estupraram, tendo predominado como local da agressão a residência da vítima. Ocorreu em todos os horários com alguma forma de agressão verbal ou física. A maioria das pacientes chegou ao atendimento em tempo hábil para que medidas profiláticas fossem realizadas.

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Esse tipo de violência não conhece fronteiras e afeta mulheres de todas as idades, de todas as esferas econômicas, de todas as raças e de todas as crenças e culturas. Trata-se de uma violência que, na grande maioria dos casos, não é denunciada nem reconhecida, e as vítimas ficam marcadas e invisíveis, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e machista. Neste contexto, esperamos que os dados expostos cooperem para o aumento de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e ajudem na otimização do cuidado e na minimização do sofrimento acarretado por esse evento.

Referências

- ABRAHAMS, N. et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*. v. 383, n. 9929, p. 1648-54, 10 May 2014.
- ACKERMAN, D. R. et al. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am. J. Obstet. Gynecol.* v. 194, n. 6, p. 1653-9, jun. 2006.
- ANDALAFT NETO, J. et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *FEMINA*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 301-6, nov./dez. 2012.
- BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-9, fev. 2007. Doi: 10.1590/S0102-311X200700020002.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), Seção 1, col. 3, de 25 Nov. 2003, p.11.

_____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)*: 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONTRERAS, J. M. et al. *Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários*. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual (SVRI), Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.svri.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-50, jul./ago. 2009. Doi: 10.1590/S1413-81232009000400011.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. Florianópolis, n. 22, p. 16-24, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/006.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p. 889-98, Maio 2013. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000500008.

FAÚNDES, A. et al. O papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU. [Resumo executivo]. Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas (SP), 2005. Disponível em: <<http://redece.org/faundesCE.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 28, n. 2, p. 126-35, fev. 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

GARCÍA-MORENO, C. et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response*. Geneva: WHO, 2005.

GÓMEZ, A. M.; SPEIZER, I. S.; BEAUVAIS, H. Sexual violence and reproductive health among youth in Port-au-Prince, Haiti. *J. Adolesc. Health.* v. 44, n. 5, p. 508-10, May. 2009. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.09.012.

HOLMES, M. M.; RESNICK, H. S.; FRAMPTON, D. Follow up of sexual assault victims. *Am. J. Obstet. Gynecol.* v. 179, n. 2, p. 336-42, Aug. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

JONES, J. S. et al. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. *J. Emerg.*

Med. v. 36, n. 4, p. 417-24, May 2009. Doi: 10.1016/j.jemermed.2007.10.077.

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 44, n. 2, p.401-6, jun. 2010.

MCGREGOR, M. J.; DU MONT, J.; MYHR, T. J. Sexual assault forensic medical examination: is evidence relates to successful prosecution? *Ann. Emerg. Med.* v. 39, n. 6, p. 639-47, jun. 2002.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 799-809, maio/jun. 2007.

MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situações de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Esc. Anna Nery (impr.)*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-42, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, P. M.; CARVALHO, M. L. O. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semin., Ciênc. Biol. Saúde*. Londrina, v. 27, n. 1, p. 3-11, jan./jun. 2006. Doi: 10.5433/1679-0367.2006v27n1p03.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Mulheres e saúde: evidencias de hoje, agenda de amanhã*. Genebra: OMS, ©2011.

_____. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Saúde nas Américas*: 2007. Washington DC: OPAS, 2007. V. I – Regional.

OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características

das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-9, jan./fev. 2005.

OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: violência sexual contra as mulheres. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-13, abr. 2011.

RAIMONDO, M. L. *Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná: contribuições da enfermagem*. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007a.

_____. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007b. Doi: 10.1590/S0034-89102007000300006.

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 264-72, 2010. Doi: 10.1590/S0102-311X2010000200006.

SOUSA, L. C.; MACHADO, L. C.; MIRANDA, A. C. P. T. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das vítimas de violência sexual no Estado de Sergipe. *ICE*. Aracaju, v. 1, n. 3, p. 21-33, jun. 2013.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-72, maio 2013.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012*. Atualização: homicídios de mulheres. Brasília: CEBELA; FLASCO/Brasil, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.

Notas:

- ¹ Há uma diferenciação nas faixas etárias abaixo de 18 anos (intervalo de 3 anos nas categorias de 12 a 14 e 15 a 17), com o intuito de dar visibilidade a diferenciação dos agressores conhecidos nessas faixas etárias. Pois acredita-se que na faixa de 12 a 18 anos existe a prevalência dos agressores conhecidos "pai/padrasto", no entanto, no que diz respeito a faixa etária de 15 a 17 anos acredita-se que os agressores são outros conhecidos, hipótese essa confirmada nos resultados apresentados.
- ² Na ficha de notificação a opção "não se aplica" no campo relativo à escolaridade é utilizado pelos profissionais de saúde quando se trata de vítimas de violência com algum tipo de deficiência.
- ³ Na categoria "via pública e locais abertos" estão incluídos os seguintes locais: praia, dunas, rancho de pescaria, lagoa do Peri, quiosque; matagal, estrada, rua ou local deserto, beco, manguezal, terreno baldio; parque da luz; túnel.
- ⁴ Na categoria "outros" estão incluídos: escola e universidade; local de trabalho; indústria, construção, comércio; carro, caminhão, interior de ônibus, taxista e interior de ônibus escolar; habitação coletiva/republica estudantil; motel, quarto de hotel, hospedaria, pousada; residência abandonada, prédio desocupado; casa de prostituição; pátio da igreja, igreja.
- ⁵ Nesta categoria foram incluídos os seguintes agressores: ex-marido/ex-cônjuge; ex-namorado; marido/cônjuge/companheiro.
- ⁶ Na categoria "Familiar" foram incluídos: cunhado, tio/padrinho/tio de criação, filho da madrasta, avô, sobrinho adotivo, irmão e tio-avô.
- ⁷ Os agressores classificados na categoria "Outros Conhecidos" são: patrão/empregador, amigo, vizinho, companheiro da mãe, namorado da amiga, amigo da amiga, residente da instituição, sobrinho do marido, jardineiro do condomínio vizinho, ex-patrão, irmão da amiga, ex-sogro, padrinho da irmã, motorista ônibus escolar.
- ⁸ O período selecionado justifica-se pelo fato de que a partir de 2013 a RAIVVS passou por um processo de estruturação o que resultou na descontinuidade dos atendimentos, ocasionando um número de registros aquém da serie histórica.

Abstract**Sexual violence: women assisted by a comprehensive care in Southern Brazil**

Sexual violence is one of the most cruel and persistent gender related types of violence, and affects women of all ages, social classes, races, beliefs and cultures. The aim of this study is to identify the profile of female victims of sexual violence assisted in a city in Brazil's South Region and describe the circumstances of these assaults. It is a retrospect and descriptive study, based on secondary data from the year 2000 to 2012. For statistical analysis it was applied the chi-squared test, and the level for rejection of null hypothesis was set at $p < 0.05$. 83,5% of women who suffered sexual violence were between the age of 12 and 29; in 50,3% of cases the perpetrator was someone the victim knew; 45,8% of cases happened in the victim's or the aggressor's residency; 85,2% of women sought for assistance in the first 72 hours after the assault. Sexual violence is a result of a violent and patriarchal culture and sexist. The results of this study may contribute to the implementation of policies regarding the assistance to victims of sexual violence, care optimization and minimization of suffering caused by this event.

Key Word: Sexual Violence; Violence Against Women; Health Services; Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Gráfico 1: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual, por ano, no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil.

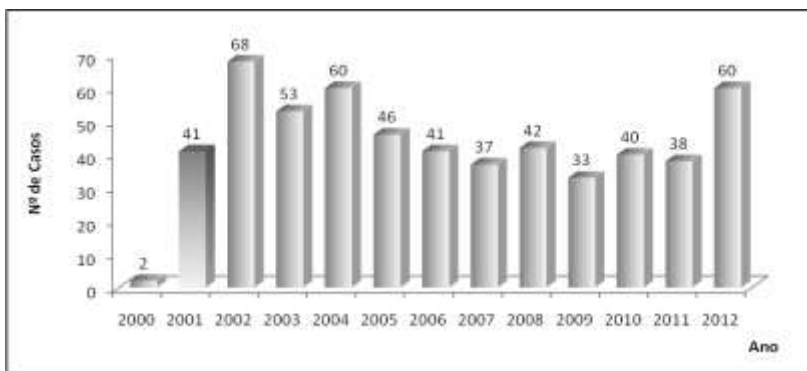


Gráfico 2: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual, por faixa etária, segundo o vínculo com o agressor, Florianópolis-SC, Brasil.

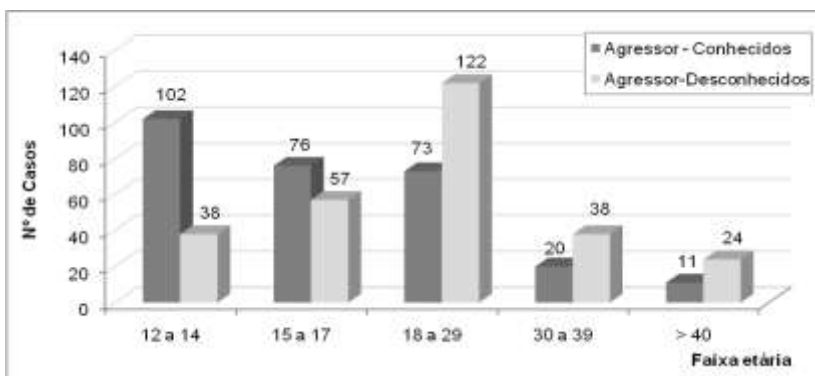


Tabela 1: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual segundo características sociodemográficas no período de 2000 a 2012, Florianópolis/SC, Brasil.

Variáveis	n (561)	%
Faixa Etária		
12-14	140	25,0
15-17	133	23,7
18-29	195	34,8
30-39	58	10,3
> 40	35	6,2
Raça/Cor		
Branca	415	74,0
Preta	54	9,6
Parda	72	12,8
Ignorado	20	3,6
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	227	40,46
Ensino fundamental completo	29	5,17
Ensino médio incompleto	84	14,97
Ensino médio completo	56	9,98
Educação superior incompleta	53	9,45
Educação superior completa	26	4,63
Analfabeto	4	0,71
Ignorado	53	9,45
Não se aplica	29	5,17

Tabela 2: Associação do vínculo do agressor e faixa etária da vítima de violência sexual no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil.

Vínculo agressor	12 a 14		15 a 17		18 a 29		30-39		> 40 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai/padrasto	40	28,6	<0,001*	15	11,3	<0,103	-	-	<0,001*	-	-	<0,24
Namorado/marido/ex	16	11,4	<0,28	4	3,01	<0,007*	13	6,7	<0,101	6	10,3	<0,141
Familiar	14	10	<0,002*	7	5,3	<0,174	7	3,6	<0,92	-	-	<0,43
Outros conhecidos	32	22,9	<0,31	50	37,6	<0,001*	53	27,1	<0,78	14	24,1	<0,104
Desconhecidos	38	27,1	<0,001*	57	42,9	<0,15	122	62,6	<0,001*	38	65,5	<0,004*
Total	140	100		133	100		195	100		58	100	
										35	100	

Teste Fisher $p < 0,05$ (*Estatisticamente Significativo)

Tabela 3: Distribuição da frequência das mulheres vítimas de violência sexual em relação às características da agressão no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil.

Variáveis	n (561)	%
Local da ocorrência		
Residência da vítima	257	45,8
Via pública e locais abertos	195	34,8
Outro locais	109	19,4
Horário da ocorrência (horas)		
00:00 às 05:59	136	24,2
06:00 às 11:59	68	12,1
12:00 às 17:59	75	13,4
18:00 às 23:59	160	28,5
Ignorado	122	21,7
Forma de Intimidação		
Força corporal e Ameaça	246	43,9
Força corporal, Ameaça e Arma branca	67	11,9
Força corporal, Ameaça e Arma de fogo	43	7,6
Ameaça	63	11,2
Envenenamento	26	4,6
Ignorado	116	20,7
TTTT		
Vaginal	273	49,1
Anal	16	2,9
Oral	11	1,9
Vagina e anal	45	8,0
Vagina e oral	40	7,1
Vagina, anal e oral	33	5,9
Ignorado	94	16,7

Tabela 4: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual em relação ao tempo da ocorrência e à realização das profilaxias, no período de 2000 a 2012, Florianópolis-SC, Brasil.

Profilaxia	até 72 horas		> 72 horas		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
DST/Antirretrovirais	24	5,02	9	10,84	33	5,88	<0,26
DST/Antirretrovirais/Hepatit e B	25	5,23	4	4,82	29	5,17	<0,213
DST/Antirretrovirais/Antic. Emergência	178	37,24	8	9,64	186	33,16	<0,001*
DST/Antirretrovirais/Hepatit e B/ Antic. Emergência	153	32,01	8	9,64	161	28,70	<0,001*
Só Anticoncepção de Emergência	17	3,56	1	1,20	18	3,21	0,173
Ignorado	81	16,95	53	63,86	134	23,89	<0,001*
Total	478	100	83	100	561	100	

Teste Fisher $p < 0,05$ (*Estatisticamente Significativo)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Esse tipo de violência não conhece fronteiras e afeta mulheres de todas as idades, de todas as esferas econômicas, de todas as raças e etnias, localidades e de todas as crenças e culturas, ou seja, basta ser mulher e/ou pertencer ao gênero feminino para estar vulnerável à violência. Trata-se, ainda, de uma violência que, na grande maioria dos casos, não é denunciada nem reconhecida, e as vítimas ficam marcadas e invisíveis, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e machista.

Além de um problema de Segurança Pública, é também uma violação dos Direitos Humanos e um grave problema de Saúde Pública, cuja prevenção, detecção precoce, intervenção e tratamento dos agravos resultantes devem ser encarados como responsabilidade do Estado e da sociedade.

Os atuais avanços nas leis de combate à violência sexual são conquistas históricas dos movimentos de mulheres, com ênfase nos movimentos feministas. Os avanços na legislação, nos Planos, Pactos e Políticas Públicas possibilitaram a implementação de redes de assistência como a RAIVVS, cujo importante papel no combate à violência sexual e à cultura da violência de gênero tem sido um objetivo presente desde a sua implementação.

No presente estudo observou-se que o perfil das vítimas de violência sexual atendidas pela RAIVVS caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, brancas, com o Ensino Fundamental incompleto. Quanto ao vínculo com o agressor, observa-se que os conhecidos foram aqueles que mais estupraram, tendo predominado como local da agressão a residência da vítima. Ocorreu em todos os horários com alguma forma de agressão verbal ou física. A maioria das pacientes chegou ao atendimento em tempo hábil para que medidas profiláticas fossem realizadas.

Dar visibilidade à violência é um passo imprescindível para constituir um diagnóstico da violência sexual. Neste contexto, esperamos que os dados expostos cooperem para o aumento de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e ajudem na otimização do cuidado e na minimização do sofrimento acarretado por esse evento.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, N. et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. **Lancet**. v. 383, n. 9929, p. 1648-54, 10 May 2014.

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ACKERMAN, D. R. et al. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 194, n. 6, p. 1653-9, jun. 2006.

ADORNO, S. Adolescentes, crime e violência. In: ABRAMO, H. W.; FREITAS, M. V.; SPOSITO, M. P. (Org.). **Juventude em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 97-109.

AGENDE. **Direitos Humanos das Mulheres: em outras palavras**. Brasília: AGENDE, 2003.

ANDALAF NETO, J. et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **FEMINA**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 301-6, nov./dez. 2012.

ARENDT, H. **Da violência**. Trad. Maria C. Drummond. Paris: [s. n.], 1969. Disponível em: <<http://www.libertarianismo.org/livros/harendtdv.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p.101-12, 2008.

BARROS, K. A. F. **A dimensão das relações de gênero e o enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. 2008. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado

Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-9, fev. 2007. Doi: 10.1590/S0102-311X200700020002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e, col. 2, p. 3.

_____. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em Legislação Nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 151, 26 jan. 2011c. Seção 1, p. 37.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, MS, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde: documento base**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília:

MS, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2011b.

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Presidência da República. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [**Código Penal Brasileiro**]. Rio de Janeiro, 07 Jan 1940. Disponível em:
<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>.
Acesso em: 12 maio 2010.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011d, Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 58, 14 mar. 2013b. Seção 1, p. 50.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), de 25 Nov. 2003, Seção 1, col. 3, p.11.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 151, 08 ago. 2006. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 151, 10 ago. 2009b, Seção I, p. 1.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 148, 02 ago. 2013a, Seção I, p. 1.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2005.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano**

Nacional de Políticas para as Mulheres. Decreto 6.387, de 5 de março de 2008.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, DF: MS, 2011a.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher.** Brasília, 2013c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013d.

_____. Senado Federal. Secretaria de Transparência. DataSenado. **Violência Doméstica e Familiar contra a mulher.** Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em:<http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/Data_Senado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf>. Acesso: 05 abr. 2014.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, v. 359, n. 9314, p. 1331-6, Apr. 2002a.

CAMPOS, C. H. Justiça consensual, violência doméstica e direitos humanos. In: STREY; M. (Org.). **Violência, gênero e políticas públicas.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 63-84. v. 2.

CETOLIN, S. F.; TRZCINSKI, C. **Relações de gênero:** afirmações e desafios nas áreas social e da saúde. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2011.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. et al. (Org.). **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Zahar, 1984. (n. 4; Sobre mulher e violência). p. 23-62.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: **Relatório final.**

Cairo (Egito), 05 a 13 de setembro de 1994. Cairo (Egito): FNUAP; CNPD, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conferência das Nações Unidas sobre a mulher, 4, 04 a 15 de setembro de 1995, Beijing, China. **Anais...** 04 a 15 de setembro de 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>> . Acesso em: 13 nov. 2014.

CONTRERAS, J. M. et al. **Violência sexual na América Latina e no Caribe**: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual (SVRI), Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.svri.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER - Convenção de Belém do Pará, 1994.

CEDAW - Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Assembleia geral das nações unidas, 1979. Disponível em:<http://www.unifem.org.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8466>. Acesso em: 13 nov. 2014.

CORRAL, T. Agenda social. In: **Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI**. Brasília, DF: PNUD, 2000.

DEL PRIORE, M. **Histórias íntimas**: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-50, jul./ago. 2009. Doi: 10.1590/S1413-81232009000400011.

DOMENACH, J. M. La Violencia. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

(UNESCO). **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981. p. 32-44.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. Florianópolis, n. 22, p. 16-24, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/006.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p. 889-98, Maio 2013. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000500008.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Tessaurus, 2000.

FALEIROS, V. P. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: OFICINA DE INDICADORES DA VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR E DA EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Anais...** Brasília, DF, 01 a 02 dez. 1997. p. 37-56.

FARIA, A. L.; ARAÚJO, C. A. A.; BAPTISTA, V. H. Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. **Rev. Eletr. Enf. [online]**. v. 10, n. 4, p. 1138-43, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a26.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 153-7, abr. 2000. Doi: 10.1590/S0100-72032000000300006

FAÚNDES, A. et al. **O papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU**. [Resumo executivo]. Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP),

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas (SP), 2005. Disponível em: <<http://redece.org/faundesCE.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 28, n. 2, p. 126-35, fev. 2006.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Gerência de Programas Estratégicos. **Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual**. Florianópolis: SMS, 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi country study on women's health and domestic violence against women. **Lancet**, v. 368, p. 1260-9, 2006.

GARCÍA-MORENO, C. et al. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: WHO, 2005.

GOMES, R. et al. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, 2005. p. 117-40.

GÓMEZ, A. M.; SPEIZER, I. S.; BEAUVAIS, H. Sexual violence and reproductive health among youth in Port-au-Prince, Haiti. **J. Adolesc. Health**. v. 44, n. 5, p. 508-10, May. 2009. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.09.012.

HEISE, L.; ELLISBERG, M.; GOTTMOELLER, M. (Ed.). Ending Violence Against Women. **Popul. Rep.** Serie L, n. 11, p. 1-43, Dec. 1999.

HOLLAND, J. **Una breve historia de la misoginia: el prejuicio más antiguo del mundo**. Barcelona (ES): Ed. Oceano, 2010.

HOLMES, M. M.; RESNICK, H. S.; FRAMPTON, D. Follow up of sexual assault victims. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 179, n. 2, p. 336-42, Aug. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm#sub_indicadores>. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

JONES, J. S. et al. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. **J. Emerg. Med.** v. 36, n. 4, p. 417-24, May 2009. Doi: 10.1016/j.jemermed.2007.10.077.

LISBOA, T. K. Violência de gênero ou feminicídio? Leis sobre violência e propostas de políticas públicas no Brasil e no México. In: RIAL, C.; PEDRO, J. M.; AREND, S. M. F. (Org.). **Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade**. Florianópolis: Mulheres, 2010. p. 61-80.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n.5, p. 695-701, out. 2005. Doi: 10.1590/S0034-89102005000500001

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p.401-6, jun. 2010.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 13, n. 3, p.135-47, jul./set. 2004.

LAVINAS, L.; VEIGA, A.; GUERREIRO, M. Estratégias femininas para conciliar trabalho remunerado e trabalho doméstico no século XXI. **Rev. ABET**. v. X, n. 2, jul/dez. 2011.

LOPES, C. B. Direitos humanos das mulheres: dois passos à frente, um passo atrás. In: RODRIGUES, A. M. et al., (Org.). **Direitos humanos das mulheres**. Coimbra: Ed. Coimbra, 2005.

LUIZ, C. L. (Org.). **Projeto Fênix**. In: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis: Sagrada Família, 2007.

MCGREGOR, M. J.; DU MONT, J.; MYHR, T. J. Sexual assault forensic medical examination: is evidence relates to successful prosecution? **Ann. Emerg. Med**. v. 39, n. 6, p. 639-47, jun. 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, ago. 2010.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Suppl. 1, n. 10, p. 7-18, 1994. Doi: 10.1590/S0102-311X1994000500002

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist., Ciênc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-31, fev. 1998.

MONTEIRO, F. J. **Mulheres agredidas pelos maridos**: de vítimas a sobreviventes. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 799-809, maio/jun. 2007.

MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situações de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-42, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, C. S. **Análise do perfil das vítimas de violência sexual atendidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual**. 2010. 65 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor Mestre Osvaldo Oliveira Maciel, Florianópolis, 2011.

OLIVEIRA, E. M. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte 1, p. 171-5, 2000.

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: SEMINÁRIO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. 2001, **Anais...** Belo Horizonte: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

OLIVEIRA, P. M.; CARVALHO, M. L. O. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. **Semin., Ciênc. Biol. Saúde**. Londrina, v. 27, n. 1, p. 3-11, jan./jun. 2006. Doi: 10.5433/1679-0367.2006v27n1p03.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **La Violencia y sus causas** [Editorial]. Paris: UNESCO, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde** [World report on violence and health]. Genebra: OMS, 2002.

_____. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: OMS, ©2011.

_____. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: OMS, 2012.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**: 2007. Washington DC: OPAS, 2007. V. I – Regional.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Acesso a la justiça**: leve para la gobernabilidad democratica. Informe final del proyecto “Lineamientos y buenas practicas para um adecuado acceso a La justicia em las Américas”. Washington D.C., 2007.
- OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: violência sexual contra as mulheres. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-13, abr. 2011.
- OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-9, jan./fev. 2005.
- PLICHTA, S. B.; FALIK, M. Prevalence of violence and its implications for women’s health. **Women’s Health Issues**. v. 11, n. 3, p. 244-58, May./Jun. 2001.
- RAIMONDO, M. L. **Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná**: contribuições da enfermagem. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
- ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **RISAI**. v. 1, n. 2, p. 1-14, 2008.
- SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-80, mar. 2011.
- SARTI, C. A; BARBOSA, S. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis**. v. 16, n. 2, p. 167-83, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007a. Doi: 10.1590/S0034-89102007000300006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007b.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-7, ago. 2002. Doi: 10.1590/S0034-89102002000400013

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Trad. Christine R. Dabat e Maria B. Ávila. 2. ed. Recife: SOS Corpo, 1995.

SILVA, E. R. A. **Participação social e as conferências nacionais de políticas públicas**: reflexões sobre os avanços e desafios no período de 2003-2006. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 264-72, 2010. Doi: 10.1590/S0102-311X2010000200006.

SOUSA, L. C.; MACHADO, L. C.; MIRANDA, A. C. P. T. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das vítimas de violência sexual no Estado de Sergipe. **ICE**. Aracaju, v. 1, n. 3, p. 21-33, jun. 2013.

STREY, M. N. Violência e Gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In: GROSSI, P. K. (Org.). **Violências e gênero**: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

TAQUETTE, S. R. et al. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-72, maio 2013.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VICENTE, A. **Direito das mulheres/direitos humanos**. Lisboa: CIDM, 2000.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n.2, p. 471-5, 2007.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: homicídios de mulheres. Brasília: CEBELA; FLASCO/Brasil, 2012.

WESTIN, R., SASSE, C. Na época do Brasil colonial, lei permitia que marido assassinasse a própria mulher. **Jornal do Senado**, 2013 jul. 04. Disponível em:
<<http://www12.senado.gov.br/jornal/edicoes/especiais/2013/07/04/na-epoca-do-brasil-colonial-lei-permitia-que-marido-assassinasse-a-propria-mulher>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2010.

ANEXOS

ANEXO A: Ficha de Atendimento à Vitima de Violência Sexual



FICHA DE ATENDIMENTO À vítima de violência sexual

DATA: ____/____/____

HOSPITAL: _____

PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Ocupação: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Raça: _____

Bairro: _____

Município: _____

Atividade sexual antes: () sim () não Gest: _____ Para: _____ Abortamentos: _____

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: ____/____/____ Hora: ____:____

Local: () residência () rua () outro: _____

Agressor: () conhecido () desconhecido () múltiplos parente: _____

Raça do agressor: _____

Tipo de relação: () vaginal () oral () anal

Intimidação: arma () força física () ameaça

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: () não () sim tipo: _____

Agressor havia utilizado álcool ou drogas: () não () sim tipo: _____

Traumas físicos: () não () sim tipo: _____

Breve história da ocorrência: _____

Data do BOP: ____/____/____ Nº BOP: _____ Delegacia: _____

Realizado laudo do IML: () não () sim

3. ATENDIMENTO LOGO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Uso de contracepção de emergência: () não () sim tipo: _____

Profilaxia DST/AIDS: () não () sim tipo: _____

Outros exames: _____

Colhido conteúdo vaginal: () não () sim

Colhido sangue ou sêm em suas vestes: () não () sim

Orientada sobre direitos legais: () não () sim

Encaminhamento ao ambulatório: () não () sim

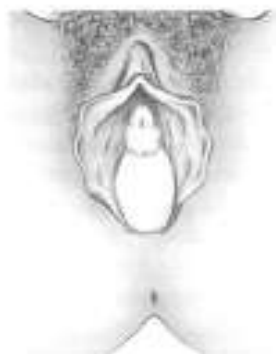
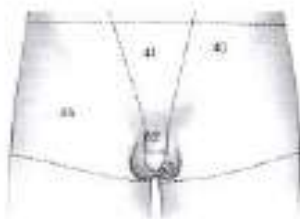
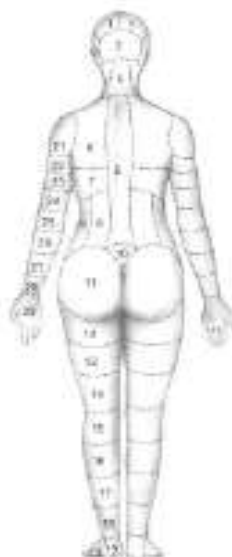
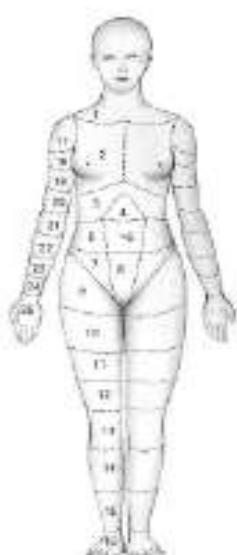
Encaminhada ao atendimento psicossocial: () não () sim

Assinatura e carimbo do profissional responsável

Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada para o Banco de Dados da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis conforme endereço na "Lista de Endereços para Encaminhamentos".



UNIDADE
FEDERAL DE
SAÚDE PÚBLICA



ANEXO B: Ficha de Notificação/Investigação individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/a VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID-10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNS)	7 Data da ocorrência da violência			
Notificação Individual	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Menor 2 - Criança 3 - Adolescente 4 - Adulto	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não gestante/ignorado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado		
	14 Escolaridade 0 - Não sabe ler e escrever 1 - 1ª a 3ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 2º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 2º grau) 5 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 3º grau) 6 - Educação superior incompleta 7 - Educação superior completa 8 - Ignorado 9 - Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito			
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código			
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP			
28 (DDD) Telefone							
29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado							
30 País (se residente fora do Brasil)							
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação						
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado						
33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 5 - Ignorado							
34 Possui algum tipo de deficiência/transtorno? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado							
35 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno? 36 Física 37 Mental 38 Visual 39 Auditiva 40 Transtorno mental 41 Transtorno de comportamento 42 Outras deficiências/síndromes							
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito			
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código			
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3			
	44 Ponto de Referência	45 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		46 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	47 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 10 - Ignorado						
	48 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado						
49 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado							

Tipologia da violência	51 Tipo de violência			52 Meio de agressão		
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo?		
	1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Ateamento violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros			1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Consequências da violência	55 Procedimento realizado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação		
	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 63 - Não se aplica 99 - Ignorado			01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 98 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida		
	1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Imã(o)			1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) da lei <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
Encaminhamento	61 Sexo do provável autor da agressão			62 Suspeita de uso de álcool		
	1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores		
	1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado			1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros		
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
Evolução e encaminhamento	67 Circunstância da lesão			68 Classificação final		
	CID 10 - Cap XX			1- Confirmado <input type="checkbox"/> 2- Descartado <input type="checkbox"/> 3- Provável <input type="checkbox"/> 8- Inconclusivo <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	69 Evolução do caso			70 Se óbito por violência, data		
	1- Alta <input type="checkbox"/> 2- Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3- Óbito por violência <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			71 Data de encerramento		
Informações complementares e observações Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
TELEFONES ÚTEIS Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome _____ Função _____			Assinatura _____		

ANEXO C: Ficha Complementar de Atendimento à Vítima de Violência Sexual



FICHA COMPLEMENTAR DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: ____/____/____

HOSPITAL: _____

PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____ Cor/etnia: _____

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: ____/____/____ Hora: ____:____

Local: () própria residência outro: _____

Agressor: () conhecido vínculo: _____ () desconhecido

Cor/etnia do agressor: _____

Agressor havia utilizado álcool ou drogas: () não () sim tipo: _____

Breve história detalhada da ocorrência:

3. ATENDIMENTO REALIZADO POR OUTRAS INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA RAUVVS

Nº BO: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____ Policial: _____

Realizado atendimento pelo IML: () não () sim Hora: _____ Médico(a) legista: _____

Encaminhado material para o IML: () não () sim Médico responsável pela coleta: _____

Conselho tutelar notificado: () não () sim

Responsável pela criança/adolescente: () familiares e/ou responsáveis _____

() Conselheiro(a) Tutelar _____ Hora: _____

3. ENCAMINHAMENTOS:

Encaminhamento ao ambulatório: () não () sim

Encaminhada ao atendimento psicossocial - CEAV: () não () sim

Assinatura e carimbo do(a) profissional responsável